

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Podíl logopeda na komplexní péči o osoby se syndromem demence

Participation of the speech therapist on comprehensive care of people with
the syndrome of dementia

Nicola Zábranská

Vedoucí práce:	doc.PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.
Studijní program:	Speciální pedagogika
Studijní obor:	Speciální pedagogika

2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Podíl logopeda na komplexní péči o osoby se syndromem demence zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Dále prohlašuji, že tato diplomová práce nebyla využita k získání stejného či jiného titulu.

V Buštěhradu dne

Podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za cenné rady, podněty a připomínky v průběhu zpracování mé diplomové práce.

Současně mé poděkování patří klinické logopedce Mgr. Mirce Barešové za konzultace k dané problematice a paní Evě Lexové za umožnění provádět praktickou část práce v jejím zařízení.

Abstrakt

Práce se zabývá problematikou syndromu demence a logopedické péče jako součástí jeho terapie. Popisuje základní typy demence, rizikové faktory ovlivňující její vznik, diagnostiku včetně nejznámějších diagnostických testů, obecnou terapii demence a zařízení, ve kterých může být péče o osoby s demencí realizována. Následně se zaměřuje konkrétně na logopedickou intervenci u této skupiny osob. Součástí práce je vytvoření pracovního sešitu obsahující plán pro terapii narušené komunikační schopnosti u demence, který byl následně vyzkoušen na čtyřech osobách s demencí při Alzheimerově nemoci. Výsledky, ač zhodnocené pouze subjektivně, ukazují, že tento plán může být vhodným základním kamenem pro logopedickou intervenci u osob se syndromem demence, která zatím není u nás příliš rozšířená.

Klíčová slova:

demence, kognitivní schopnosti, logopedická intervence, Alzheimerova nemoc, komunikace, domov se zvláštním režimem

Abstract

The dissertation deals with issues of the dementia syndrome and the speech therapy as a part of its therapy. It describes basic types of dementia, risk factors affecting its formation, diagnostics including the most famous diagnostic tests, the general treatment of dementia, and institutions, where the care for people with dementia could be realized. Subsequently it namely focuses on the speech intervention for this group of people. As a part of this dissertation a workbook with the plan for the treatment of impaired communication abilities in dementia was created. Tests were carried out with four individuals with dementia caused by Alzheimer's disease. The results, even evaluated just subjectively, show that this plan might be appropriate as a cornerstone of speech intervention for people with dementia, which in our country is not very broadly spread in our country.

Keywords:

dementia, cognitive abilities, speech therapy, Alzheimer's disease, communication, homes with special regime

Obsah

1 Úvod.....	7
2 Demence.....	9
2.1 Charakteristika.....	9
2.2 Rizikové faktory demence.....	10
2.3 Typy demence.....	11
2.4 Diagnostika demence.....	16
2.5 Diagnostika závažnosti demence.....	20
3 Komplexní péče o osoby s demencí.....	23
3.1 Farmakologické terapie.....	23
3.2 Nefarmakologické terapie.....	25
3.3 Způsoby péče o osoby s demencí.....	27
4 Logopedická intervence u osob s demencí.....	30
4.1 Narušená komunikační schopnost u osob s demencí.....	30
4.2 Diagnostika.....	32
4.3 Terapie.....	33
5 Návrh terapeutického plánu.....	36
5.1 Charakteristika zařízení.....	39
5.2 Realizace terapeutického plánu.....	39
5.3 Průběh terapeutických sezení.....	40
5.4 Shrnutí jednotlivých terapeutických sezení.....	66
5.5 Závěry empirického výzkumu.....	71
6 Závěr.....	73
7 Seznam použitých informačních zdrojů.....	75
8 Seznam příloh.....	79

1 Úvod

Schopnost řečové komunikace je jednou z nejvýznamnějších charakteristik člověka. Řeč používáme k vyjádření našich názorů, záměrů, k popsání našich pocitů i k pochopení myšlenek druhých. Zároveň řeč rozvíjí další důležité schopnosti, jako jsou paměť nebo myšlení. Často je v široké společnosti považována za samozřejmost, ale její úroveň je závislá na mnoha vnějších i vnitřních faktorech, které ji ovlivňují a formují. Vlivem moderního způsobu života, zvyšujícího se životního tempa a nároků, znečištěného prostředí a mnoha dalších faktorů tak stoupá počet osob, u kterých se projevuje některý z typů demence. V dnešní době, kdy společnost z demografického hlediska stárne a dožívá se stále vyššího věku, se v závislosti na tomto jevu rozšiřují i kognitivní poruchy, spojené často (ale ne bezpodmínečně) právě s vyšším věkem. Zatímco v nižším věku se prevalence pohybuje v jednociferných řádech, v důchodovém věku nastává zlom a ve věku nad 80 let trpí demencí až každý pátý občan. Podle odhadů žilo v roce 2015 na celém světě 46,8 milionů osob s demencí a lze očekávat, že v roce 2050 bude těchto osob 131,5 milionu. V České republice bylo v roce 2014 přibližně 152,7 tisíc lidí s demencí. (Mátl, Mátllová, 2015)

Přestože počet osob s demencí neustále roste a komunikační obtíže jsou prokazatelně jedním z důsledků této nemoci, je logopedická intervence u osob s demencí v České republice velice málo rozšířená. Vyskytuje-li se vzácně v pečujícím týmu logoped, jedná se zpravidla o nízký úvazek, který nemůže pokrýt potřeby klientů. V souvislosti s tím zároveň prakticky neexistují ucelené podklady a materiály pro logopedickou intervenci u těchto klientů. Co nejdelší zachování komunikačních schopností by mělo být jedním ze základních cílů při terapii demence a je nutné se v rámci aktivizačních a terapeutických programů na tuto oblast zaměřit. Z tohoto důvodu se tato práce zaměřuje především na vytvoření návrhu možného terapeutického plánu pro osoby s demencí, který je následně realizován a zhodnocen.

Diplomová práce je rozdělena na dvě základní části, teoretickou a empirickou. V teoretické části je představena problematika syndromu demence, jeho diagnostiky a terapie. Empirická část zahrnuje sestavení terapeutického plánu, jeho realizaci a zhodnocení.

V první kapitole jsou představeny demence jako taková, její charakteristika a základní

typy a rizikové faktory přispívající k jejímu vzniku. Dále se kapitola zaměřuje na diagnostické testy, které se využívají k diagnostice přítomnosti a hloubky demence. Druhá kapitola popisuje komplexní péči, která je osobám s demencí věnována. Uvádí farmakologickou i nefarmakologickou léčbu demence a zařízení, ve kterých je možné specializovanou péči o tyto klienty najít. Třetí kapitola je zaměřená na logopedickou intervenci u syndromu demence. Představuje narušenou komunikační schopnost u osob s demencí, logopedickou diagnostiku a terapii. Poslední, čtvrtá kapitola, je věnována terapeutickému plánu. Obsahuje jeho návrh a následně popis jeho realizace v Domově se zvláštním režimem, kde byl plán vyzkoušen na čtyřech osobách s Alzheimerovou chorobou jakožto nejčastějším představitelem demencí. V závěru kapitoly se nachází zhodnocení průběhu terapeutických sezení a pracovního plánu.

Ačkoli je demence nemoc s progresivním charakterem a zatím stále není znám lék, který by ji uměl vyléčit, je možné cílenou terapií zpomalit její průběh a udržet klienta co nejdéle na stávající úrovni. Cílem práce je tedy vytvořit a následně se pokusit zrealizovat terapeutický plán, který bude možné použít jako základ logopedické intervence pro osoby se syndromem demence.

2 Demence

2.1 Charakteristika

Demenci nazýváme syndrom vzniklý následkem onemocnění mozku, které má obvykle chronický či progresivní charakter. (Pidrman, 2007). Název demence je odvozen od latinského „de mens“, což značí pokles duševní činnosti. (Koukolík, Jirák, 1999) Kódové označení v MKN-10 nese F00-F03. V rámci tohoto narušení dochází k narušení vyšších korových funkcí, jako jsou například paměť, orientace v prostoru a čase, myšlení, učení a řeč při nezastřeném vědomí. Demenci můžeme chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která má svou závažností vliv na další funkce a celkový život pacienta. (Pidrman, 2007) U syndromu demence se popisují tři základní okruhy funkcí, které bývají postiženy, a to kognitivní funkce, aktivity denního života a poruchy emocí, chování a cyklu bdění - spánek (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009) Demence bývá doprovázena poruchami kontroly emocí, sociálního chování a motivace. Obecně mezi základní symptomy řadíme poruchy intelektu, paměti, orientace, abstraktního myšlení, chápání, pozornosti, motivace, korových funkcí, emotivity, chování, ztrátu soběstačnosti, poruchy osobnosti, příp. i psychotické příznaky. Výsledkem je celkový rozpad (deteriorace) osobnosti. (Pidrman, 2007) Tyto symptomy se nemusí objevovat všechny a nemusí se objevovat současně, mohou mít různou hloubku a rychlost vývoje. (Koukolík, Jirák, 1999) Neubauer a Dobias (2014, s. 115) popisují demenci jako „soubor duševních poruch, které získaným závažným úbytkem kognitivních funkcí, především paměti a intelektu. Tyto poruchy resultují z o organických onemocnění mozku a získaných traumat centrální nervové soustavy (CNS)“. V anglosaské literatuře se hovoří o tzv. ABC demence, neboli Activities of daily living, Behaviour, Cognition, což zahrnuje základní schéma symptomů demence, a to poruchy soběstačnosti v každodenním životě, projevy v chování a poruchy kognice. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

V důsledku kognitivní poruchy jsou nejčastěji popisovány obtíže s pamětí, projevující se potížemi se získáváním nových znalostí, špatnou orientací v prostoru, čase a okolních osobách, opakujícími se otázkami, konfabulacemi a smyšlenkami, úzkostlivostí a nedostatkem vzhledu. Dále je zasažena oblast pozornosti způsobující neschopnost začít nebo dokončit aktivitu, fixaci na určitý, ač nevýznamný prvek dané aktivity,

neschopnost odpoutat se od rušivých podnětů, sníženou schopnost reagovat a zmatené reakce. Významným problémem jsou poruchy vhledu, úsudku a abstrakce, které mohou zapříčinit např. odmítání pomoci z důvodu nerealistického pohledu, setrvávání na starých vzorcích chování, odmítání důkazů o vlastních snížených schopnostech, ztrátu zábran a společenského chování, obtíže s předjímáním důsledků či tendenci brát si vše osobně. (Zgola, 2003)

2.2 Rizikové faktory demence

Ačkoli je snaha prozkoumat syndrom demence co nejpodrobněji, ve většině případů není možné určit příčinu onemocnění. Známý jsou pouze některé procesy, které se na jejím vzniku podílejí a faktory, které byly vyhodnoceny jako rizikové.

První faktor podílející se na vzniku demence je věk. Ačkoli se demence může objevit kdykoli během života, případy, kdy nemoc nastoupí před 60. rokem života, jsou vzácné.

Studiím bylo podrobeno i pohlaví nemocných osob. Některé studie vliv pohlaví nepotvrdily, jiné našly mírné rozdíly. Ženy jsou podle těchto studií více ohroženy Alzheimerovou chorobou, muži demencí cévního původu.

Velký vliv na případné propuknutí nemoci mají genetické faktory. Především pokud se nemoc projeví před 60. rokem, jedná se často právě o dědičně podmíněné onemocnění. Blízcí příbuzní osob s Alzheimerovou chorobou mají asi třikrát až čtyřikrát větší pravděpodobnost onemocnění než osoby, které v rodině tuto zátěž nemají. Podobné riziko platí i pro Parkinsonovu nemoc či Downův syndrom.

Jedním z rizik vzniku demence jsou vaskulární onemocnění a cévní příhody, kdy se demence rozvine u třetiny osob po CMP. Vaskulární onemocnění urychluje manifestaci Alzheimerovy choroby.

Vyšší riziko výskytu demence se objevuje u osob závislých na nikotinu a alkoholu, ať už přímým působením toxických látek nebo jako sekundární projev nedostatku živin a vitamínů u alkoholiků. Stále se však zkoumají protektivní účinky malého množství alkoholu.

Dalším z faktorů, které se považují za rizikové, je poranění hlavy. Těmito poraněními jsou myšleny veškeré úrazy, po kterých nastane ztráta vědomí alespoň na 15 minut.

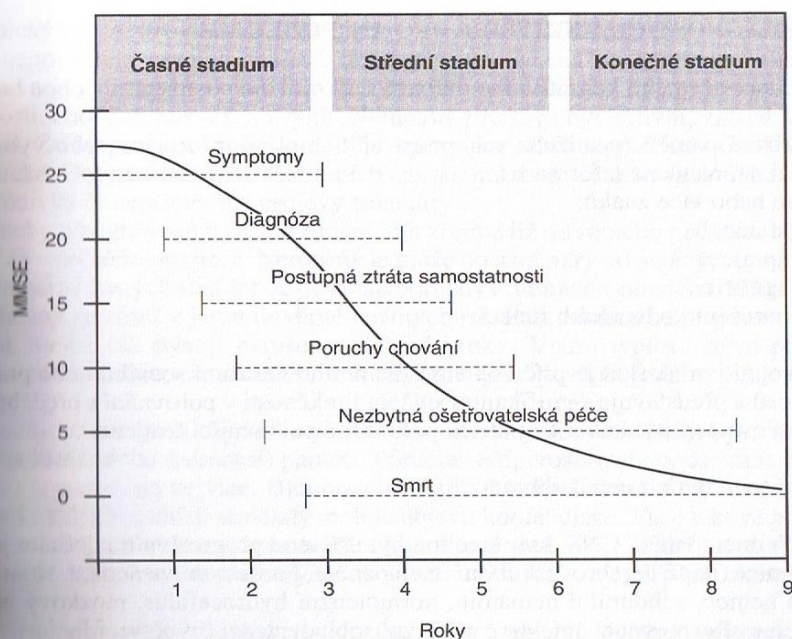
Mezi další faktory, které mohou ovlivnit výskyt demence, se řadí deprese, infekční onemocnění, deficit vitamínů, srdeční či jaterní selhání, vzdělání či množství tělesné a duševní aktivity. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007)

2.3 Typy demence

Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je „závažné neurodegenerativní onemocnění mozku, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence.“ (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 29) Alzheimerova choroba se řadí spolu s demencí s Lewyho tělísky a frontotemporální demencí mezi tzv. primárně degenerativní demence. Představuje asi 60 % všech demencí. (Pidrman, 2007) Vzhledem k prodlužující se délce života dochází i k nárůstu pacientů trpících Alzheimerovou chorobou. V současnosti představuje asi čtvrtou až pátou nejčastější příčinu smrti (Rektorová, 2007), ve vyšším věku jsou ohroženější ženy. (Koukolík, Jiráček, 1998)

Prvním, kdo tuto nemoc popsal, byl profesor Alois Alzheimer v roce 1906, avšak již v roce 1892 popsali Blocq a Marinesco tzv. senilní plaky, které jsou chápány jako počátek výzkumu Alzheimerovy choroby. (Koukolík, Jiráček, 1998). Alzheimerova choroba, někdy také nazývána Alzheimerova nemoc, je primárním onemocněním šedé kůry mozkové. V průměru onemocnění trvá devět let. V grafu níže je znázorněn jeho průběh. (Pidrman, 2007, s. 35)



Graf 4.1 Klasický průběh Alzheimerovy nemoci

(Podle: Gauthier, Alzheimer's disease, 2001; Kol: Tangle and neuron numbers, but not amyloid load, predict cognitive status in Alzheimer's disease)

V mozkové tkáni pacientů s Alzheimerovou chorobou se ukládají chorobně vzniklé bílkoviny nazývané beta-amyloidy, které následně tvoří krystalky (drůzy), kolem nichž dále dochází k neurodegenerativním dějům a vznikají útvary nazývané neuritické plaky. Čím více těchto plaků je, tím je oblast více postižená. Další degenerativní změna probíhá přímo v nervových buňkách, konkrétně v bílkovině tau-protein, která následně vytváří neurofibrální klubka. Neurony, které tato klubka obsahují, neplní svou funkci a degenerují. Dále se mění funkce neurotransmiterů, což ve výsledku narušuje schopnost učení se novým paměťovým obsahům. Zvyšuje se tvorba volných kyslíkových radikálů a zároveň se snižuje jejich odbourávání. Nadbytek těchto radikálů poškozuje tkáň, stěny nervových buněk a důležité enzymy. Nadměrně se vylučují excitační aminokyseliny, což způsobuje vyšší vstup vápníku do nervových buněk, tím narušuje jejich vnitřní prostředí a nastává zvýšení četnosti programované buněčné smrti. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

V případě Alzheimerovy nemoci rozlišujeme dvě formy, ranou a pozdní. Při rané formě se příznaky objevují do šedesáti let věku, při pozdní až po této hranici. (Jiráček, Koukolík, 2004)

Příznaky Alzheimerovy nemoci se vyvíjejí plíživě a zpočátku je obtížné odlišit je od normálního stárnutí. Mezi první typické příznaky patří poruchy recentní epizodické paměti, kdy pacient např. zapomíná, co měl daný den k předešlému jídlu. (Koukolík, Jirák, 1998) Brzy se objeví poruchy orientace a v prostoru a čase, kdy nemocný začne bloudit nejprve na vzdálenějších místech od svého bydliště, v pozdních stádiích i ve vlastním bytě. Postupně slábnou soudnost, logické uvažování, intelekt, zpomaluje se myšlení a rozvíjí se porucha paměti. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Mezi typické příznaky v oblasti paměti patří zapomínání jmen, opakované telefonování se stejnou otázkou, zapomínání schůzek, obličejů, nedávných událostí, nepoznávání členů rodiny. Pokud je paměť zachována, tak jen na dávnou minulost. V oblasti řeči dochází k obtížnému hledání slov, zhoršení artikulace, snížené plynulosti, opakování slov, obtížím při navazování konverzace, zabíhávání, perseveraci, inkoherenci. Může se objevit fatická porucha (všechny typy afázií). (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009) Počáteční potíže může člověk maskovat, např. vyhýbáním se situacím nebo slovům, ve kterých může dojít k selhání. Problémy s komunikací jsou obvykle větší, než se na první pohled zdají. (Pidrman, 2007)

Demence s Lewyho tělísky

Tento typ neurodegenerativního onemocnění stojí na pomezí Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci a je druhým nejčastějším typem demence, procentuálně se jedná asi o 15-25 % všech demencí. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009) Zda je tato demence považována za samostatnou nemoc, nebo za variantu Alzheimerovy či Parkinsonovy choroby, závisí na chápání jednotlivých autorů. Jirák a Koukolík (1998) uvádějí demenci s Lewyho tělísky jako prozatímní označení a jmenují další synonyma jako korová nemoc s Lewyho tělísky, varianta Alzheimerovy nemoci s Lewyho tělísky nebo senilní demence Lewyho typu. Popsána byla poprvé roku 1961. Jedná se o běžnou formu demence ve vyšším věku.

Základním diagnostickým znakem je přítomnost Lewyho tělísek. Ta mohou být kmenová (klasická) a korová (neklasická). (Jirák, Koukolík, 2004) Klasická Lewyho tělíska jsou podle Koukolíka (Jirák, Koukolík, 2004, s. 187) „*sférické eozinofilní intraplazmatické inkluze, vyskytují se jednotlivě i mnohotně, mohou mít i vřetenovitý tvar a objevovat se extracelulárně. Charakterizuje se „halo“ kolem hyalinního jádra.*

Korová tělíska jsou méně zřetelné, víceméně sférické útvary v plazmatu korových neuronů.“ Počet tělísek v neokortexu je úměrný stupni demence. (Koukolík, Jirák 1998) Vývoj tělísek má určitou dynamiku a objevují se postupně v jednotlivých vrstvách mozku. Podle topografického vyšetření se změny projevují nejprve v amygdale, dále v limbické kůře a nakonec v neokortexu. Změny jako plaky a klubka jsou stejné jako u Alzheimerovy choroby. (Jirák, Koukolík, 2004) Samuel a kol. (in Koukolík, Jirák, 1998, s. 147) naproti tomu rozlišují „čistou difúzní nemoc s Lewyho tělisky (*pure diffuse Lewy body disease*) a variantu Alzheimerovy nemoci s Lewyho tělisky“. Podle nich se při „čisté“ demenci s Lewyho tělisky tělíska vyskytují v hnízdech, zatímco při alzheimerovských změnách (plaky, klubka) se tělíska vyskytují náhodně. Nemoc postihuje častěji muže.

Onemocnění má kolísavý průběh. Zpočátku se objevují poruchy pozornosti a vizuospaciální poruchy. Častý je výskyt zrakových halucinací a parkinsonismus, které ho odlišují od Alzheimerovy choroby. Vyskytuje se přecitlivělost na neuroleptika. (Koukolík, Jirák, 1998) Parkinsonismus se vyskytuje asi v 65-70 % případů a projevuje se třesem, rigidními pohyby, zpomalením pohybu (bradykineze), sníženou mimikou a poruchami jemné motoriky. Oproti samotné Parkinsonově chorobě se však nevyskytuje typický třes „počítání peněz“. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní choroba, která postihuje především dopaminergní buňky mozkového kmene, v pozdějších stádiích i další oblasti mozku. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009) Projevuje se především poruchami extrapyramidového systému. (Jirák, Koukolík, 2004) Klinicky se rozlišuje diagnóza pravděpodobná, možná a definitivní. Nejčastěji Parkinsonova choroba začíná ve věku kolem 58-60 let.

Mezi hlavní příznaky nemoci patří především poruchy motoriky, jako je třes, ztuhlost svalů, obtíže s chůzí a rovnováhou, snížená hybnost až neschopnost pohybu. Mimo problémů s motorikou můžeme u nemocných pozorovat deprese, úzkosti, monotónní řeč, poruchy spánku, ztrátu mimiky, obtíže s polykáním nebo ztrátu čichu.

Demence se u této choroby objevuje ve 20-40 % a to až ve vyšším věku při delším

průběhu nemoci, nikdy ne před 50. rokem života. Nejčastěji se jedná o demenci lehkou až střední se zachovaným náhledem, někdy pouze o lehkou poruchu poznávacích funkcí. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009) Podle Jiráka (Jirák, Koukolík, 2004) je u pacientů s Parkinsonovou chorobou asi pětikrát vyšší riziko vzniku demence než u běžné populace srovnatelného věku. V případě Parkinsonovy choroby se mluví o tzv. subkortikální demenci. (Koukolík, Jirák, 1998) Zpomaluje se myšlení, zhoršuje se paměť, pozornost, soustředění, schopnost formulovat a řešit problém, udržet myšlenku. Postupně může docházet ke změnám osobnosti, poruchám nálad, halucinacím a bludům. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). Řeč bývá pomalá, intonace nevýrazná, chybí dynamika.

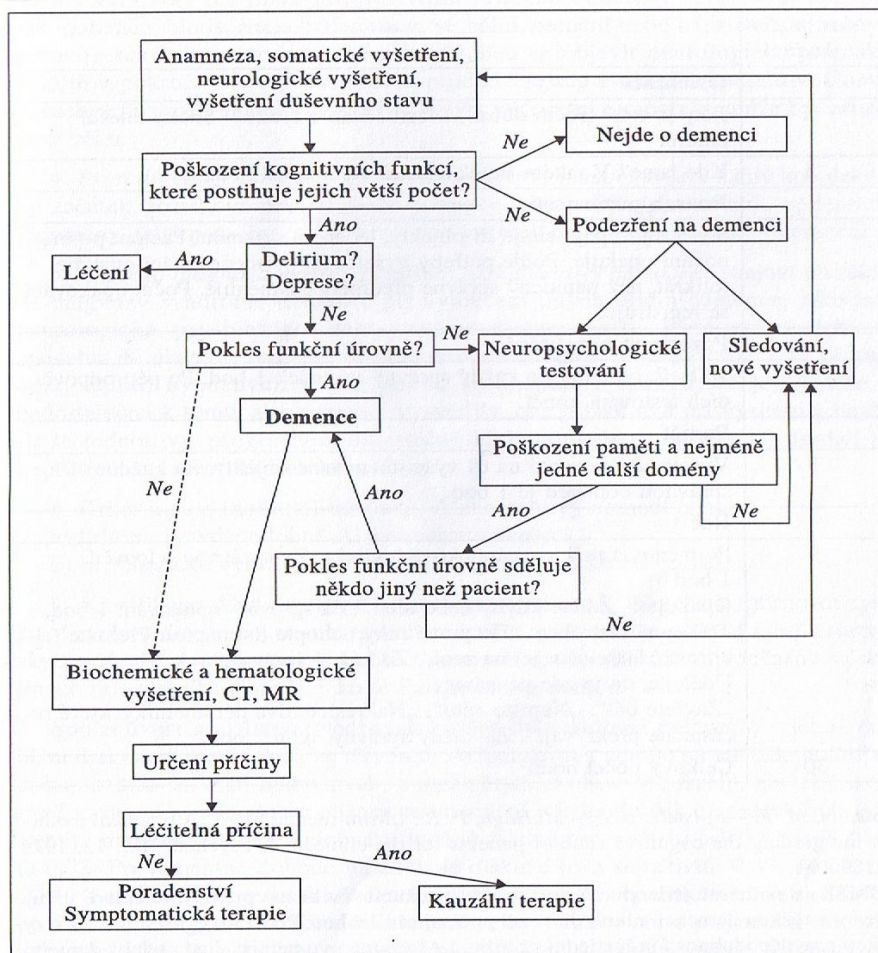
Kromě samotné subkortikální parkinsonovské demence se mohou objevit změny typické pro demenci s Lewyho tělísky nebo pro Alzheimerovu chorobu, následně tedy dochází ke spojování příznaků (v případě kombinací s Lewyho tělísky jde např. o přecitlivělost na neuroleptika, deliria, převahu zrakových halucinací; u alzheimerovských změn dochází k poruchám prostorové orientace, fatickým poruchám aj.). (Jirák, Koukolík, 2004)

Další typy syndromu demence

Syndrom demence se může dále rozvinout jako frontotemporální lobární demence, demence při Huntingtonově choree, jako vaskulární demence, demence infekčního původu, demence u Creutzfeldt-Jakobově nemoci, demence u metabolických poruch, demence intoxikačního původu, farmakogenní demence, demence při avitaminózách a endokrinních onemocnění, posttraumatické demence, demence při normotenzním hydrocefalu, demence při HIV-AIDS aj. Jejich podrobný popis není cílem této práce a je možné dohledat ho v použité literatuře.

2.4 Diagnostika demence

Tab. 3. Doporučený postup při diagnostice demence



Podle Corey-Bloom a kol.: Diagnosis and evaluation of dementia. Neurology 45, 1995, s. 211–218.

Doporučený postup při diagnostice demence – Koukolík, Jirák 1998, s. 93

Popis jednotlivých testů je použit z Testovníku – souborů testů pro gerontologii (Česká Alzheimerovská společnost, 2003), není-li uvedeno jinak.

Orientační test kognitivních funkcí (Mini Mental State Examination)

Jde o základní test k posouzení stavu kognitivních funkcí. Testuje především orientaci, paměť, soustředění. Test se používá prakticky po celém světě, jeho výsledky jsou tudíž dobře srovnatelné. Vyjde-li test negativně, tj. kognitivní porucha se nepotvrdí, nemusí to znamenat, že jsou kognitivní funkce skutečně bez potíží, a je vhodné provést ještě další psychologická vyšetření, především pokud si okolí nebo pacient sám všímá poruch paměti. Naopak pozitivní výsledek kognitivní poruchu potvrzuje, nemusí se však nutně jednat o demenci. Dalšími příčinami poruch kognitivních funkcí mohou být např. deprese, delirium a jiná onemocnění. Test spočívá v testování sedmi oblastí, a to orientace, zapamatování, pozornosti a počítání, vybavnosti, pojmenování předmětu, opakování, třístupňového příkazu, čtení a vykonání psaného příkazu, psaní a obkreslování. Boduje se každý samostatný úkol, maximální možné skóre je 30 bodů. Bodová hranice kognitivní poruchy není v Testovníku uvedena, proto ji uvádím na základě webových stránek www.mudr.org:

30-27 bodů – normální stav

26-25 bodů – hraniční stav, možnost demence – doporučuje se MMSE zopakovat po čtvrt roce

24-10 bodů – demence mírného až středně těžkého stupně – v tomto stádiu je nutné zahájit intenzivní léčbu

9-6 bodů – demence středního až těžkého stupně

5-0 bodů – demence těžkého stupně

Test hodin (Clock Drawing Test)

Test hodin spočívá v tom, že pacient má za úkol nakreslit ciferník hodin a vyznačit na něm čas v určité době (tři čtvrtě na čtyři). Poskytuje informace o momentálním stavu pacienta a zároveň lze sledovat jeho výkon v čase. Pozitivní výsledek testu (od stupně 2) může být kromě demence způsoben také jiným akutním či chronickým onemocněním. Vyhodnocuje se následujícím způsobem:

1 – bezchybné provedení – číslice jsou ve správném pořadí, na správném místě, obě ručičky jsou ve správné poloze pro požadovaný čas

2 – lehká prostorová chyba ciferníku hodin – nerovnoměrná vzdálenost mezi číslicemi, číslice mimo kruh, otočení papíru s otočením číslic, použití pomocných čar pro lepší orientaci

3 – chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin – pouze jedna ručička, čas zaznamenán slovně, čas vůbec nezaznamenán

4 – střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenání času není možné – nepravidelné mezery, zapomenutí čísel, opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12, záměna pravý/levý, číslice proti směru, chybějí čitelné číslice

5 – těžká prostorová dezorientace – jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno

6 – chybí zakreslení hodin – žádný pokus zakreslit hodiny, ani vzdálená podobnost s hodinami, napsáno slovo, jméno, obrázek...

Přednosti tohoto testu jsou rychlost a komplexnost, nezjistí však časné kognitivní poruchy. (Bartoš, 2014)

Addenbrookský kognitivní test (ACE-R)

Tento test se zaměřuje na oblasti orientace, paměti (zapamatování, vybavení anterográdní a retrográdní paměť), pozornosti a počítání, slovní produkce (slova začínající na písmeno „P“, zvířata), jazyk (porozumění, psaní, opakování, pojmenování předmětů, čtení) a zrakově-prostorové schopnosti. Celkové skóre je 100 bodů.

Je vhodný pro včasnou a přesnější diagnostiku demence, mezi jeho nevýhody patří delší administrace a neexistence českých norem. (Bartoš, 2014)

Test základních denních činností (ADL dle Barthela)

Zpracovává se na základě údajů objektivizovaných profesionálním či laickým ošetřujícím, jelikož výpověď osoby s demencí může být velmi zavádějící. Test popisuje základní oblasti běžných denních aktivit a soběstačnosti, a to najedení, napití, oblékání, osobní hygienu, koupání, použití toalety, chůze po schodech, kontinenci moči, kontinenci stolice, přesun lůžko-židle a chůze po rovině. Každá položka je bodována 0-5 body a celkový výsledek určuje soběstačnost či závislost. Vyjde-li pozitivní, je s největší pravděpodobností postižení soběstačnosti již významné.

Test instrumentálních denních činností (IADL)

Test se zaměřuje na lehčí poruchy soběstačnosti než předchozí ADL, může tedy vyjít pozitivně, i když ADL test závislost osoby při vykonávání běžných denních činností neprokazuje. Stejně jako v předchozím případě je nutné pracovat s údaji od osoby, která pacienta dobře zná. Zaměřuje se na jízdu dopravním prostředkem, nákup potravin, uvaření, domácí práce (např. úklid), vyprání prádla, telefonování, užívání léků, odeslání peněz na poště nebo zacházení s kartou. Bodování je stejné jako u předchozího testu.

Rychlý screening demence

Dotazník určený rodině a přátelům pacienta. Může být použitý i pro rozhovor s pacientem samotným, pokud má na svůj stav dostatečný náhled. Obsahuje jedenáct informací (např. “opakuje se a ptá se znovu a znovu na to samé”) a má za cíl rozpoznat a pojmenovat jednotlivé obtíže. Každá z vět je obodována 0-2 body, kdy maximum 22 bodů odpovídá intaktní normě.

Ischemické skóre Hachinského

Slouží k odlišení demence primárně degenerativního původu a demencí vaskulárních.

7minutový screeningový test (7MST)

Tento test obsahuje orientaci v čase vč. aktuálního času, zapamatování si šestnácti obrázků, test kreslení hodin a slovní produkci zvířat. Z výsledku se počítá pravděpodobnost Alzheimerovy nemoci. (Bartoš, 2014)

Test slovní produkce

V testu slovní produkce neboli testu verbální produkce má vyšetřovaný za úkol vyjmenovat co nejvíce slov dle určitých pravidel během zadané doby (např. 1 minuty). Jedná se o rychlou orientační zkoušku kognitivních schopností, která je jednoduše proveditelná, má dobrou výpovědní hodnotu a je zdarma. (Bartoš, 2014)

Dotazník funkcionální komunikace (DFK)

Materiál slouží k diagnostice pragmatické roviny komunikace nejčastěji u pacientů s

afázií. Zkoumá oblasti bazální a sociální komunikace, čtení a psaní a orientaci a čísla v životě. Jeho administrace trvá asi 10 minut. (www.fnbrno.cz)

2.5 Diagnostika závažnosti demence

Riesbergova škola GDS (Global Deterioration Scale)

V závislosti na množství a vážnosti symptomů je vypracována sedmičlenná stupnice Reisbergovy skupiny (1982, in Koukolík, Jirák, 1999, s. 16-18), která slouží ke zjištění hloubky demence. Tato stupnice vypadá následovně:

1. Bez postižení kognitivních funkcí

Žádné stížnosti na paměť. V průběhu pohovoru paměťové poruchy zřejmé nejsou.

2. Počínající postižení kognitivních funkcí

Pacient si stěžuje na poruchy paměti zejména v následujících oblastech:

- a) zapomíná, kam odložil běžně užívané potřeby
- b) zapomíná jména lidí, které znal

V průběhu pohovoru však nejsou poruchy paměti zřejmé. V osobním ani profesionálním životě nejsou nápadné poruchy. Pacientovy obavy jsou úměrné míře poškození.

3. Lehké poškození kognitivních funkcí

Objeví se zřejmé funkční poruchy, a to ve více než jedné z následujících domén:

- a) jakmile se nemocný nalézá v místě, které do té doby neznal, bývá zmatený
- b) spolupracovníci si všimají poklesu výkonu
- c) lidé, kteří jsou nemocnému blízcí, si povšimnou poruchy paměti pro jména a obtíží při hledání slov
- d) z předneseného textu nebo knihy si nemocný pamatuje poměrně málo podrobností
- e) pacient si špatně pamatuje jména lidí, s nimiž se prvně setkal
- f) pacient ztrácí cenné předměty, popřípadě zapomíná, kam je uložil
- g) v průběhu klinického testování je zřejmá porucha soustředění.

Jasně doklady poruchy paměti se projeví až při cíleném vyšetření. Úroveň výkonu v náročných povoláních a složitějších sociálních povinnostech klesá. Pacient někdy dokáže své paměťové poruchy zapírat. Příznaky často doprovází lehká nebo zřejmá

úzkost.

4. Středně těžké postižení kognitivních funkcí

Při pozorném vyšetřování jsou zřejmé jasné poruchy v následujících doménách:

- a) povědomí o současném a minulém dění se zužuje
- b) v anamnestickém vyprávění se objevují paměťové poruchy
- c) poruchy soustředění při počítání z hlavy (např. postupném odečítání)
- d) poruchy v každodenní péči o sebe sama, např. při zacházení s penězi

Často se začnou objevovat poruchy v následujících oblastech:

- a) orientace v čase a orientace osobou
- b) znovupoznávání známých lidí
- c) dezorientace ve známém prostředí

Projeví se neschopnost výkonu složitějších činností. Převážně obranný mechanismus je zapírání deficitů. Oplošťuje se afekt a pacienti opouštějí náročné závazky.

5. Pokročilé postižení kognitivních funkcí

Bez jistého stupně pomoci není pacient schopen samostatného života. V průběhu vyšetření si nevybavuje důležitější praktické životní zkušenosti, s nimiž často přicházel do styku (vlastní adresa, telefonní číslo, jména rodinných příslušníků). Častá je dezorientace v čase nebo v místě. Pamatuje si však vlastní jméno, jméno životního partnera a dětí. K cestě na toaletu ani při jídle nepotřebuje pomoc, s výběrem vhodného šatstva však může mít obtíže.

6. Těžké postižení kognitivních funkcí

Pacienti si přestávají vybavovat jméno svého manželského partnera, přestože jsou na něm zcela závislí, vlastní jméno si pamatují. O aktuálních událostech a důležitých okamžicích svého života už nevědí téměř nic. Sčítání a odečítání do deseti činí obtíže. Při každodenní péči potřebují pomoc, taktéž při pohybu. Bývá narušen rytmus spánku a bdění. Objevují se změny osobnosti a nálady, například:

- a) bludy, např. obviňování svého partnera, že je podvádí, komunikace s imaginárními bytostmi nebo s vlastním odrazem v zrcadle
- b) nutkavé jevy, např. nutkavé čištění koberců

c) abulie, neschopnost rozhodnout se k jakémukoli činu

7. Velmi těžké postižení kognitivních funkcí

Postupně vyhasnou všechny řečové funkce. V dalším vývoji pacient vydává jen zvuky. Objevuje se inkontinence moči, umývání a jídlo jsou možné jen s pomocí. Zaniká i hybnost, pacienti nejsou schopni chůze.

Hughesova stupnice

Další, ve světě ještě častěji užívanou stupnici, zveřejnil v roce 1982 Hughes a kolektiv. (Koukolík, Jiráček, 1999) Jejich stupnice vyšetřuje paměť, orientaci, úsudek, řešení problémů, zvládání společenských záležitostí, chování doma, osobní zájmy, koníčky a osobní péči. Stupně demence rozděluje na podezření o nemoci (stupeň 0,5) a demenci lehkou (stupeň 1), střední (stupeň 2) a těžkou (stupeň 3); uvedený má i stupeň 0 jakožto stav zdraví.

Ve stupni 0 se neobjevují poruchy paměti nebo jsou výpadky jen malé a nekonstantní. Vyšetřované osoby jsou plně soběstačné, nezávislé, orientují se.

Ve stupni 0,5, tedy u podezření na demenci, se začíná objevovat lehké, ale trvalé zapomínání. Osoby jsou stále plně orientované, soběstačné, ale vyskytují se začínající obtíže u porovnávání rozdílů a podobností. Jejich život není narušen, nebo jen lehce.

Stupeň 1 čili lehká demence se projevuje zapomínáním čerstvých informací, a tím již zasahuje do každodenního života. Objevují se potíže s orientací v čase, v místech a osobách je zatím orientace bez větších komplikací. Zůstává zachován sociální úsudek, ale problémy se již projevují v řešení složitějších úkolů, při výkonu domácích činností a složitějších zájmových činností. Při péči o sebe je nutné povzbuzení.

Ve stupni 2 - střední demenci – jsou velmi rychle zapomínány nové informace, nastává dezorientace v čase a často i prostoru. Je nezbytná asistence při oblékání, osobní hygieně a samostatné činnosti mimo domov, řešení problémů je již velice narušeno.

Stupeň 3 označující těžkou demenci se vyznačuje zachovalou orientací pouze na osoby. Osoby s tímto stupněm demence nejsou schopny řešit problémy, vykonávat samostatnou činnost mimo domov, objevuje se inkontinence. Při oblékání a hygieně je nutná pomoc.

3 Komplexní péče o osoby s demencí

3.1 Farmakologické terapie

Farmakologickou terapii u demencí je možné rozdělit na dvě skupiny, a to na kognitivní a nekognitivní (symptomatickou) farmakoterapii. Individuální léčba se indikuje podle přítomných symptomů, typu demence, její závažnosti, komorbidit a další současné medikaci pacienta, bezpečnosti a snášenlivosti léku. Zároveň se u geriatrických pacientů při farmakoterapii dodržuje zásada „start low, go slow“. (www.kognice.cz) Tato zásada zahrnuje princip dávkování léků u geriatrických pacientů, kdy je vhodné začínat s nízkými dávkami léků a postupně je zvyšovat tak, aby bylo dosaženo žádoucího efektu a zároveň bylo zamezeno nežádoucím účinkům farmak. V těle seniorů je snížený podíl vody a naopak bývá častý vyšší podíl tuku, což ovlivňuje změny ve vstřebávání léčiv a jejich transportu. Spolu s tím se navíc zvyšuje počet a intenzita nežádoucích účinků. Značným problémem ve farmakoterapii geriatrických pacientů je také kombinace různých léčiv, kdy jednotliví odborní lékaři nemají přehled o farmakách předepsaných jiným lékařem. (Jirák, 2010)

Kognitivní farmakoterapie

Kognitivní farmakoterapie se zaměřuje na ovlivnění kognitivních funkcí, které jsou při demenci nejvíce porušeny. Jedná se tedy o tzv. „protidementní působení“.

U Alzheimerovy nemoci jakožto nejčastějšího zástupce syndromu demence je nejvíce postižen mozkový acetylcholinergní systém, především na presynaptických oddílech neuronů. Syntéza a uvolňování acetylcholinu zůstávají i přesto částečně zachovány. Z tohoto základu vycházejí základní terapeutické postupy, kdy jsou pacientovy podávány látky ke zlepšení centrálního acetylcholinergního systému, a to pěti základními strategiemi. Těmi jsou substituce prekurzory acetylcholinu, nejčastěji pomocí lecitinů, použití inhibitorů acetylcholinesterázy, čímž se zvýší množství acetylcholinu schopného vazby na receptory, dále ovlivnění acetylcholinergního systému pomocí dalších neurotransmiterových systémů a další způsoby. (Koukolík, Jirák, 1998)

Inhibitory cholinesteráz bývají při léčbě Alzheimerovy choroby léky první volby, zejména v raných a středních stádiích. Využívány jsou také v případě demence s

Lewyho tělisky, vaskulární demence, demence u Parkinsonovy choroby, Korsakovova syndromu, roztroušené sklerózy a smíšené demence. (Pidrman, 2007). V současné době probíhá řada studií, které zkoumají účinky nikotinových receptorů, jejichž stimulace pravděpodobně ovlivňuje uvolnění nervových růstových faktorů a acetylcholinu z presynaptického zakončení. Je indikována u lehké a střední fáze Alzheimerovy nemoci, Parkinsonovy nemoci s demencí a vaskulární demence. (Koukolík, Jiráček, 1998)

Další typy kognitivní farmakoterapie se zaměřují na ovlivnění tvorby patologických proteinů. Zásadní je především tvorba a ukládání β -amyloidu, což je u Alzheimerovy choroby základní neurodegenerativní změna, a dále degenerovaný τ -protein, který tvoří neuronální klubka. Obě tyto změny však v současné době není možné ovlivnit a probíhá řada výzkumů.

Snížení neuronálního metabolismu je dalším negativním procesem, který se u Alzheimerovy nemoci popisuje. Jsou používány léky označované jako nootropní farmaka, která zvyšují odolnost nervové tkáně vůči hypoxii, oxidativní metabolismus glukózy, neurální proteosyntézu a další efekty. Mezi tato nootropika patří např. piracetam, pyritinol, meklofenoxat, naftidrofuryl, extraktum ginkgo biloby a další. (Koukolík, Jiráček, 1998)

Nekognitivní farmakoterapie

Nekognitivní farmakoterapii u pacientů se syndromem demence lékaři předepisují především na ovlivnění dalších symptomů nemoci jako jsou paranoidně-halucinatorní syndromy, stavy neklidu, poruchy spánku, depresivní či úzkostné stavy. (Koukolík, Jiráček, 1998) Psychofarmaka u pacientů dlouhodobě léčených pro demenci tvoří: 25-40 % antipsychotika, 25-30 % antidepressiva a 15-30 % benzodiazepiny. (www.kognice.cz).

Při farmakologické terapii těchto příznaků je důležité dbát na minimum vedlejších účinků, hledat u každého pacienta nejnižší možnou dávku léků, sledovat jejich účinky, reagovat na aktuální situaci a nezapomínat na podporu nefarmakologických terapií. (Pidrman, 2007)

Farmakoterapie poruch spánku

Více než nedostatek spánku se u demencí objevuje narušení cyklu spánků - bdění, kdy

dochází až k obrácení běžného režimu, dennímu pospávání, nočnímu bdění. Spánek bývá často přerušován. V některých případech se naopak může objevit hypersomnie. Při terapii je nutné brát v úvahu vedlejší účinky léků, jelikož např. hypnotika mohou nepříznivě ovlivňovat paměť. Mezi farmaka užívaná k terapii poruch spánku se řadí např. flunitrazepam (Rohypnol), nitrazepam, clomethiazol, tiaprid, melperon, haloperidol či risperion. (Koukolík, Jirák, 1998) V novější literatuře jsou jako vhodná uváděna hypnotika III. generace (tzv. nebenzodiazepinová hypnotika), jako je např. zolpiden a zopiclon. U poruch spánku se však nejprve doporučuje začít nefarmakologickými postupy, jako jsou udržování aktivity během dne, stereotypu v hodině usínání, přizpůsobení prostředí v místě spánku (teplota, hluk, osvětlení), sledování a omezení přísunu alkoholu a v odpoledních hodinách kofeinových nápojů. (Pidrman, 2007)

Farmakoterapie agitovanosti a podobných poruch chování

Poruchy chování označované jako agitovanost bývají spojeny s expanzivitou a agresivitou. K ovlivnění těchto projevů jsou užívána neuroleptika, většinou stejné typy jako u poruch spánku. Neuroleptiky jsou ovlivňovány i přítomností paranoidních a halucinatorních syndromů a přidružené úzkosti. (Koukolík, Jirák, 1998)

Farmakoterapie deprese

Při terapii deprese je nutné vyhýbat se antidepresivům, které mají výrazné vedlejší účinky. Z tohoto je snaha nepoužívat v případě syndromu demence klasická tricyklická antidepresiva, která mají anticholinergní účinky. Nahrazovány jsou tzv. thymoleptiky II. generace. (Koukolík, Jirák, 1998)

3.2 Nefarmakologické terapie

Nefarmakologické terapie slouží především k pozitivnímu ovlivnění psychické stránky nemocí a zároveň se snaží redukovat stres a zátěž pečovatele. Jejich výhodou je, že téměř nemají negativní vedlejší účinky a mnoho z nich lze aplikovat i v domácím prostředí pacientů. Mají uplatnění ve všech stádiích nemoci. (Sheardová, 2011) Cílem nefarmakologických terapií je zlepšení či zachování motoriky, soběstačnosti a kognitivních funkcí, vyplnění volného času, podpora silných stránek pacienta, pozitivní ovlivnění psychických a behaviorálních příznaků demence a zlepšení komunikace.

(Holmerová, Janečková, Vaňková, Veleta, 2005)

Kognitivní rehabilitace

V případě kognitivní rehabilitace u osob s demencí se jedná o šetrnější cvičení paměti než u ostatních seniorů. Nejčastěji jsou užívány slovní hry, doplňování slov, říkanek, skládání, zjednodušené pexeso či puzzle aj.

Reminiscenční terapie

Jde o metodu využívající vzpomínky a podněty k jejich vyvolávání. U osob s demencí bývá postižena krátkodobá paměť, ale vzpomínky z minulosti mohou být vybavovány velmi dobře. Cílem této terapie je zlepšení komunikace, stavu pacienta a jeho důstojnosti. Může být individuální i skupinová. Užívány jsou při ní příběhy z minulosti a jejich vyprávění, vyprávění o fotografiích, obrázcích, předvádění dřívějších činností či např. zpěv či recitace známých písní a básní.

Orientace v realitě

Opět se může jednat o individuální či skupinovou intervenci. Nejčastěji se užívají hry na podporu všech smyslů, využívají se předměty a obrázky, které pomohou orientaci, jako např. datum na viditelném místě, velké, dobře čitelné hodiny apod. Orientace v realitě je pro kognitivní podporu velice efektivní. Není však vhodné případné chyby v orientaci násilně opravovat, vhodnější je v rámci diskuze navrhnout správné řešení.

Adaptace prostředí pro pacienta s demencí

Prostředí, ve kterém se pacient pohybuje, by mělo být jasné, přehledné a předvídatelné, místnosti by měly být jasně označeny. Důležité je dbát na bezpečnost, ideálně však jen do té míry, aby osoby s demencí nebyly omezovány a měly pocit soukromí.

Vedení k soběstačnosti

Principem vedení k soběstačnosti je trpělivě pomocí postupných kroků a návodů dovést pacienty k tomu, aby jednotlivé sebeobslužné činnosti zvládli sami.

Videotrénink interakcí, metoda Marthe Meo

Cílem této metody je zlepšit přístup pečujících k pacientům se syndromem demence. Spočívá v pořizování videozáznamů z péče o osoby s demencí a jejich následná analýza, diskuze nad nimi a snaha o zlepšení a nalezení optimálních přístupů k osobám stíženým

demencí.

Předvídatelnost, pravidelnost a strukturovanost denního režimu

Důležitá součást péče o pacienty s demencí. Vytvoření jasného a přehledného denního rytmu, který bude odpovídat individuálním potřebám klienta. Činnosti v něm zahrnuté by měly mít pro klienta smysl, shodovat se svou náročností s jeho schopnostmi a zájmy.

Validace komunikace

Validace je jedním z prvních specifických přístupů k osobám s demencí. S koncepcí této terapie přišla Naomi Feilová a je užíván od 80. let. Klade důraz na posilování důstojnosti pacienta, naslouchání a empatii vůči němu. Základním principem je přijetí tématu pacienta, i když je v rozporu s realitou, postupná práce s ním a odvádění správným směrem. Přímé odmítnutí tématu (např. „váš bratr už dávno nežije, takže za ním těžko půjdete“) může vést k agresivitě a neklidu osoby s demencí.

Habilitační terapie

Stejně jako u předchozí terapie, i zde jsou hlavními body zachování důstojnosti pacienta a respektování jeho potřeb. Obsahuje úpravu prostředí tak, aby odpovídalo potřebám klienta, strukturování vhodných aktivit, důraz na pocit uspokojení z činností a komunikaci vč. její neverbální složky. Snaží se o dostatek stimulace a podporu vhodného chování.

Stimulační a aktivizační metody

Využití obecně známých metod k naplnění denního programu pacientů a zvládání problémových situací. V praxi se užívá např. muzikoterapie, pohybová a taneční terapie, pet terapie, arteterapie apod.

3.3 Způsoby péče o osoby s demencí

Péče o osoby s demencí se odehrává v navzájem oddělených rezortech, a to především v rezortu zdravotnictví a v rezortu sociálních služeb. Podstatná část služeb je navíc realizována neformálně rodinnými příslušníky, kteří se o danou osobu starají. (Mátl, Mátlková, 2015)

Celkově lze typy péče rozdělit na péči neformální, oblast sociálních služeb, oblast

zdravotní péče a okrajově i oblast šedé ekonomiky. Z jiného hlediska lze péči rozdělit na služby terénní, ambulantní a pobytové. Možná zařízení, ve kterých lze realizovat péči a služby pro osoby s demencí, shrnuje následující tabulka. (Mátl, Mátlová, 2015, s. 17)

	Terénní	Ambulantní	Pobytové
Neformální péče	Neformální péče v domácnostech		
Sociální služby	Respitní péče Pečovatelská služba Tísňová péče Osobní asistence	Denní stacionáře Odborné sociální poradenství Centra denních služeb	Týdenní stacionáře Domovy pro seniory Domovy se zvláštním režimem
Zdravotní péče	Domácí péče Hospicová péče	Psychiatrické ambulance Neurologické ambulance Geriatrické ambulance Hospicová péče	Nemocnice Léčebny dlouhodobě nemocných Psychiatrické léčebny Lázeňská péče Ostatní lůžková zařízení Hospicová péče
Šedá ekonomika	Osobní služby		Služby hotelového typu

Z dotazníkového šetření České alzheimerovské společnosti ve spolupráci s Hlavním městem Praha vyplývá, že nejvyšší průměrný podíl diagnostikovaných klientů s demencí se nachází v domovech se zvláštním režimem. (Mátl, Mátlová, 2015) Domov se zvláštním režimem je označení pro pobytové zařízení pro osoby, které z důvody onemocnění či postižení vyžadují služby přizpůsobené tomuto znevýhodnění. Patří do kategorie sociálních služeb. Zaměřují se především na osoby se syndromem demence, dále pak na osoby se závislostí na alkoholu a psychiatrické pacienty ve stabilizovaném stavu. Musí mít registrovanou sociální službu pro domov se zvláštním režimem. Na rozdíl od domovů seniorů je zde za konkrétních okolností možné omezit volný pohyb ubytovaných osob pro zajištění jejich bezpečí. (www.dsepurkynove.cz) Zákon č. 108/2006, § 50 (1) o sociálních službách charakterizuje domovy se zvláštním režimem takto: „*V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto*

zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“ (www.mpsv.cz) Předpis k provedení zákona o sociálních službách č. 505/2006 stanovuje tyto základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech se zvláštním režimem: *poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.* (www.mpsv.cz)

4 Logopedická intervence u osob s demencí

Narušení komunikačních schopností u osob s demencí spadá podle Neubauera a Dobias (2014) do kategorie kognitivně-komunikačních poruch. Tento název je podle nich vhodný především z důvodu, že vyjadřuje propojení dvou základních pilířů u těchto poruch a zároveň úzké propojení jazykových a paměťových sítí mozku. Proto i diagnostika a následná péče by měla být spoluprací neuropsychologie a logopedie. Narušení komunikace se objevuje v různých projevech a s různou intenzitou u všech typů i stádií syndromu demence. Zgola (2003, s. 124) ve své knize upozorňuje na čtyři principy komunikace s osobou s kognitivní poruchou, které je nutné mít na paměti: potřeba komunikace u těchto osob je zvláštní důsledkem jejich emocionální závislosti a neschopnosti přizpůsobit se a dělat ústupky; zodpovědnost za to, zda daná osoba porozuměla, leží na pečovateli; nejdůležitějším úkolem je nastolit a podporovat partnerství, důvěru a úctu; uvědomit si, že daná osoba má nevratnou poruchu komunikace, které nelze obnovit, ale je nutné využít k jejímu překonání specifické strategie.

4.1 *Narušená komunikační schopnost u osob s demencí*

„Komunikace je do určité míry narušena u všech typů demence a v konečném stadiu prakticky neexistuje.“ (Bourgeois, 2010 in RCSLT Position Paper, 2013, s. 7)¹

Jako nejčastější poruchy komunikace se u demencí uvádějí obtíže v kontaktu s okolím, poruchy řeči a vyjadřování, problémy s porozuměním a poruchy čtení a psaní. Všechny uvedené potíže jsou zároveň diagnostickým vodítkem. (Neubauer, Dobias, 2014) Osoba s kognitivní poruchou není schopna chápat abstraktní pojmy a tzv. „číst mezi řádky“ a kvůli tomu pochopit sdělovanou informaci. Tento deficit si doplňuje vlastními interpretacemi, které závisí na jejím vnitřním stavu a málokdy odpovídají reálné situaci. (Zgola, 2003) Společně s těmito obtížemi se mohou objevovat další typy narušené komunikační schopnosti, konkrétně dysartrie, která se objevuje u osob s Parkinsonovou nemocí, či afázie, konkrétně nazývaná afázie při demenci či jazykové poruchy u demencí. (Neubauer, Dobias, 2014)

1 Překlad z anglického originálu

Zda je afázie vhodným termínem pro narušenou komunikační schopnost při demenci, je předmětem diskuzí. Bayles (1983, in Cséfalvay, Lechta, 2013) uvádí zásadní rozdíly mezi afázií a narušením řeči a jazyka u demence. Afázie obvykle vzniká náhle, zatímco demence se rozvíjí postupně a pomalým tempem. V případě afázie bývá klinický obraz poměrně stabilní, u demence se jedná o progredující charakter potíží. Příčinou afázie bývá ložisková léze mozku, demenci způsobuje jeho difuzní atrofie. A v neposlední řadě, v případě afázie můžeme pozorovat značné rozdíly mezi verbální a neverbální složkou komunikace, na rozdíl od demence, kde se deteriorace objevuje v obou složkách.

I přes tyto rozdíly však afázie a narušená komunikační schopnost u demence vykazují mnoho podobností, především v časných stádiích. Jako vhodné označení pro narušení komunikace u syndromu demence se zdá být označení kognitivně-lingvistické poruchy. (Body, Perkins, 2006 in in Cséfalvay, Lechta, 2013) Vztah jednotlivých kognitivních funkcí a deficitů v řeči a jazyku je uveden v následující tabulce: (Cséfalvay, Lechta, 2013, s. 151)

Kognitivní funkce	Deficity v oblasti řečových a jazykových procesů
Pozornost	Snížené porozumění mluvené řeči, čtenému textu; zmatená, obsahově neadekvátní řeč; slabá schopnost udržet téma v konverzaci; potřeba opakovat otázky či instrukce
Zpracování informací	Odpovědi s dlouhou latencí; deficity při čtení a psaní; narušené vnímání intonace a výrazů tváře, narušené vnímání relevantních klíčů pro rozpoznání tématu či hlavní myšlenky, např. při popisu obrázků
Organizace podnětů a informací	Dezorganizovaný jazyk (narušené koheze a koherence); narušené rozpoznání hlavních myšlenek a jejich zapojení do kontextu, ztrácení se v detailech; nevnímání podstatných a relevantních klíčů; neschopnost shrnout obsah
Paměť	Neschopnost plnit instrukce složené z více kroků; narušené vybavování slov; narušené porozumění mluvenému a čtenému; neschopnost propojení staré informace s novou; jazykové projevy nekohezí a nekoherentní – chybí logika, přesnost
Myšlení	Narušené chápání abstraktních pojmů; narušuje se sociální komunikace (takt); neschopnost slovně přesvědčit, argumentovat; neporozumění humoru,

	obraznému jazyku (metafora, ironie, nepřímé otázky); neudržení komplexní konverzace; narušené abstraktní učení; nedodržení kroků při řešení problémů; neschopnost vykonávat matematické operace
Exekutivní funkce	Limitovaná schopnost seřadit kroky úkolů nebo plnit komplexní instrukce; snížená iniciace otázek; neschopnost (dlouhodobě) plánovat; snížení schopnosti monitorovat nebo inhibovat nepřiměřené chování, emoce, reakce; narušená interakce s lidmi; neschopnost kontrolovat čas; neschopnost účinně, pohotově dokončit úkoly (chybí zpětná vazba o správném plnění úkolů); deficitní učení, krátkodobá paměť, pozornost

V raném stadiu nemoci se nejčastěji jedná o potíže s hledáním vhodných výrazů a pojmenováním předmětů. Mohou se zde začít vyskytovat problémy s porozuměním textu, abstraktních slov, ztráta souvislostí během hovoru, dochází k celkovému zjednodušování mluvy. (Gutzman a Bauer, 2007, in Diblíková, 2008) Objevují se snahy vyhýbat se komunikaci, těžkosti se čtením a psáním a psychické reakce na uvědomování si vlastních potíží.

Ve středním stadiu demence narůstají obtíže s krátkodobou i dlouhodobou pamětí a komunikace bývá narušena právě na základě těchto amnézií. Dochází k myšlenkovým perseveracím, častým bludům, ztrátě schopnosti učit, vybavovat si nové informace, abstraktně myslet a postupně i ke ztrátě náhledu na vlastní obtíže.

V pozdním stadiu se objevuje mutismus, příp. opakování nesmyslných slov a pohybů, mizí oční kontakt, obtíže s pamětí a orientací se nadále prohlubují.

U demencí kortikálního typu (např. Alzheimerova choroba) převažují poruchy kognice s projevy agnozie, apraxie a fatické poruchy, velmi časně se objevuje narušení pragmatické a sémantické roviny. Syntaktická a fonologická rovina se objevují přibližně od středních stádií. U demencí subkortikálních (např. Parkinsonova nemoc) jsou častější projevy dysartrie a dysfagie, řeč je narušena především motoricky. Hlas je slabý, dyšný, s abnormální výškou. (Neubauer in Škodová, Jedlička 2003)

4.2 Diagnostika

Problematika demence ve vztahu k logopedii je u nás velmi málo zpracována.

Neexistují proto standardizované testy, které by se používaly přímo k diagnostice narušené komunikační schopnosti u osob se syndromem demence. Role klinických logopedů byla však popsána již roku 1988 společností ASHA: *"Přispět ke komplexní diagnostice a péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí a obdobnými chorobami zhodnocením úrovně jejich komunikačních schopností. Přispět k odhalení podílu možných nerozpoznaných a nesprávně interpretovaných komunikačních poruch na diagnóze demence. Participovat na interdiscipinárním vývoji léčebných programů, sestavených pro usnadnění a zachování funkční komunikace těchto osob po co nejdelší možné období. Pomoci okolí a rodině těchto osob pochopit jejich komunikační poruchy, specifické deficity a potřeby."* (materiály ASHA; podle Ripich, 1991 in Škodová, Jedlička 2003, s. 189)

K diagnostice jsou využívány kognitivní škály jako MMSE, Clock Draving Test, ACE-R aj., popsané v předchozí kapitole, a dále nástroje jako Screeningová zkouška afázií či Token Test. Vzhledem ke specifikám syndromu demence nejsou vhodné diagnostické testy náročné na čas a dlouhou spolupráci vyšetřované osoby. (Neubauer, Dobias, 2014) Dále je nutné zaměřit se na motorické změny v řeči, na zjištění případných poruch polykání a příjmu potravy a poruchy sluchové percepce. (Neubauer in Škodová, Jedlička, 2003) V našich podmínkách je nejčastější nestandardizované vyšetření složené z MMSE, Clock testu a AST screeningového vyšetření. (Neubauer, Dobias, 2014)

4.3 Terapie

Terapie se odvíjí od projevů a stádií demence. V časných stádiích je především snaha o zachování sociálních schopností a stimulaci kognitivních schopností, aby se zpomalil rychlý postup degradace osobnosti. Využívají se úprava prostředí, psychoterapie, resocializační a remotivační postupy, reminiscenční terapie, paměťový trénink, paměťové pomůcky i adaptace Montessori přístupu. V pozdějších stádiích se ve stimulaci pokračuje, hlavním cílem je zachování přiměřeného emočního prožívání a chování, dochází k využívání neverbální komunikace. Je možné provádět terapii jako individuální i skupinovou. (Neubauer, Dobias, 2014) U projevů kortikální demence se terapie zaměřuje více na kognitivní a fatickou složku, u subkortikální na motorické projevy poruchy, jako je dysartrie, dysfagie a dysfonie. (Neubauer in Škodová, Jedlička, 2003)

Je nutné si uvědomit, že v případě demencí se v terapii jedná o zpomalení progresu, co nejdelší zachování aktuálních schopností a samostatnosti, nikoli o znovuoživení ztrát. Podle Neubauera (in Škodová, Jedlička 2003, s. 193) je základním principem terapie u demencí *„maximalizace zachovaného komunikačního potenciálu pro udržení smysluplné komunikace pacienta s okolím po nejdelší možnou dobu jakýmkoli využitelnými formami“*. Terapie by měla podporovat zachování komunikačních kompetencí, vytvářet a podporovat komunikační situace s okolím, zlepšení interakce mezi pacientem s demencí a pečujícími osobami, zachování sebeúcty, redukci emočního stresu a udržení přijatelného sociálního chování.

Terapie komunikačních schopností musí být úzce propojena s terapií kognitivní. V počátečním stadiu demence je dosud zachovaný náhled na vlastní situaci, a je tedy možné pacienta přímo motivovat ke komunikaci a spolupráci. Využívají se aktivní jazyková cvičení, motorická cvičení, techniky logopedické terapie fatických poruch, paměťová a kognitivní cvičení, vždy se zaměřením na konkrétní dominující poruchu daného pacienta. Nejčastěji jsou dle Neubauera (in Škodová, Jedlička 2003, s. 193) užívány tzv. komunikační adaptivní strategie a komunikační facilitační strategie. Komunikační adaptivní strategie zahrnuje *„využívání externích paměťových a komunikačních pomůcek a preventivní jasně formulovaná sdělení okolí o svých obtížích (Mluvte prosím pomaleji. Často mám obtíže s hledáním vhodných slov)“*. Komunikační facilitační strategie spočívá ve snaze zachovat vhodné postupy k nalezení hledaných slov formou nápověd, a to buď sémantických neboli obsahově příbuzných slov, nebo fonemických (čili hláskových a rytmičtých).

V pozdějších stádiích demence dochází ke ztrátě vzhledu a zároveň je silně narušena schopnost učení. Je tedy nutné změnit přístupy v nepřímé a nedirektivní. Zde se jedná např. o úpravu prostředí, poučení všech pečujících osob, a tím o snahu zlepšit komunikaci pacienta s okolím. Pokud už člověk s demencí není schopen modifikovat své chování, je nutné změnit chování a komunikaci jeho okolí. Je vhodné se i nadále snažit o kognitivní stimulaci, vést dialog a udržovat klidnou a motivační atmosféru. Cílem je v této fázi odvrátit nebezpečí deteriorace a maximálně stimulovat danou osobu v oblasti zrakového, sluchového a taktilního vnímání a orientace. Indikována je v této fázi i skupinová terapie, která se snaží podporovat zbylé komunikační schopnosti výběrem jednoduchých témat. Využívá se neverbální komunikace, zraková a taktilní

stimulace. Důležitým faktorem je homogennost skupiny, co se týče jejich komunikační a kognitivní úrovně. (Škodová, Jedlička 2003)

5 Návrh terapeutického plánu

Logopedická péče u osob se syndromem demence je u nás velmi opomíjená a je zastoupena jen ve velmi omezené míře. V podstatě neexistují ucelené materiály k dané problematice, se kterými by bylo možné pracovat. Většina logopedů, kteří se této cílové skupině věnují, používají kompilaci materiálů z jiných oblastí a jiných typů narušené komunikační schopnosti.

Cílem vlastního šetření je sestavit návrh možného terapeutického plánu pro osoby se syndromem demence a následně ho zrealizovat. V případě progresivní kognitivní poruchy nelze mluvit o vyléčení či zlepšení stavu, ale o co nejdelší udržení stávajících schopností. Plán je zaměřen na osoby v lehkém a středním stádiu demence, kdy bývá ještě zachován náhled, nedochází k rozpadu osobnosti a pacient je schopen alespoň částečné spolupráce.

Logopedická intervence u pacientů s demencí je úzce propojena s terapií kognitivní složky. Jedním z nejdůležitějších bodů logopedické intervence je podle mého názoru zachování mluvního apetitu. Pacienti by měli chtít mluvit, cítit důvod ke komunikaci a uvědomovat si její přínos.

Využívána jsou proto jednoduchá cvičení známá k posilování kognitivních schopností, vždy je na něj však navázán aspekt komunikace. Jednotlivá cvičení byla zvolena po konzultaci s klinickou logopedkou. Konkrétní podoba cvičení je vymyšlená, nejedná se o zkopírování úkolů z internetu či jiných publikací.

Níže sestavený plán obsahuje cvičení jednotlivých složek kognitivních funkcí, tj. paměti, myšlení, pozornosti, prostorové orientace a samozřejmě řeči a porozumění. Některé ze úkolů (např. novinový článek či lidová píseň) jsou pouze orientační a budou u každého jednotlivce aktualizovány podle osobních preferencí, zájmů a přání.

Pracovní sešit (umístěný v příloze práce) obsahuje 12 hlavních témat, resp. úkolů, které se dále člení. Každé z těchto témat bude představeno na jednom sezení a kromě plnění samotného cvičení bude na dané téma rozvíjena konverzace. Jednotlivá témata jsou následující:

1. Noviny – společně vybereme novinový článek podle zájmu klienta, přečteme

ho (bude-li to v silách klienta, pokusí se číst nahlas), poté se klient pokusí zrekapitulovat obsah článku a odpovědět na několik základních otázek týkajících se článku. Následně je možné rozvinout debatu nad daným článkem, aktuálním děním ve společnosti, úrovni novin apod.

2. Lidové písně – klient se pokusí podle melodie poznat známé lidové písně a následně doplnit jejich chybějící text. Je vhodné si na předchozím setkání zjistit několik oblíbených písní klienta, aby byla jistota, že klient uvedené písně zná. Písně je možné si společně zazpívat, zavzpomínat si na dění, které se s nimi spojuje, zda je sám rád zpíval a u jakých příležitostí apod.
3. Přísloví – klient zkusí doplnit slova do známých českých přísloví, vysvětlit si jejich význam a přiřadit k nim vhodné obrázky, na kterých jsou některá tato přísloví zobrazena. Konverzace může probíhat na téma vlastní zkušenosti s danými příslovími, zda s nimi klient souhlasí, jaký je jeho názor na ně apod.
4. Předměty denní potřeby – pojmenování předmětů podle obrázků, spojení s psanou podobou jejich názvu a popis jejich užívání. Dále je možné zkusit vymyslet další předměty, které klient používá k běžnému životu či takové, které naopak (i ze zobrazených) předmětů daný klient nepotřebuje.
5. Hlavní města – k názvům států se klient pokusí jmenovat názvy jejich hlavních měst. Následně zkusíme umístit státy na odpovídající světadíl. Je možné vyhledat dané světadíly či státy na mapě či globusu. Můžeme se s klientem bavit o tom, zda a kde on sám byl, kam se chtěl podívat, zda má nějaké místo oblíbené a proč.
6. Slovenština – jelikož klienti žili v době spojeného Československa, býval pro ně slovenský jazyk přirozenou součástí života. V současné době již tolik běžný není, pokusíme se proto si s klientem tento jazyk připomenout a přiřadit slovenské výrazy k jejich českým ekvivalentům. Je možné zároveň pracovat s česko-slovenským slovníkem. Klient může vyprávět o tom, kde vyrůstal, jak často se s tímto jazykem potkával apod.
7. Protiklady – klient se pokusí napsat protiklady daných slov. Dále vymyslíme slova, která by se k jednotlivým výrazům dala použít (např. vhodné podstatné jméno k oběma protikladům přídavného)

8. Synonyma – ujistíme se, že klient ví, co jsou synonyma a jaká slova má hledat. Následně čarou přiřazuje vhodná slova k sobě. (Pokud klient pracuje rychle a orientuje se v úkolech, je možné cvičení 7 a 8 spojit dohromady.)
9. Emoce – klient se pokusí najít v křížovce zadaná slova vyjadřující emoce tím, že k sobě přiřazuje nalezené slabiky. Je-li samostatné hledání nad možnosti klienta, můžeme barevně vyznačit první slabiky jednotlivých slov. Ptáme se, kdy je možné danou emoci cítit a jaký k tomu může být důvod.
10. Gramatika – klient čte věty (zda nahlas, či jen pro sebe, záleží na jeho volbě) a hledá a opravuje v nich gramatické chyby. Je možné požadovat zdůvodnění dané gramatické situace, ale není to nutné. V této souvislosti je vhodné zavzpomínat s klientem na školní docházku – kam chodil do školy, co ho bavilo/nebavilo apod.
11. Čtení a fotografie – klient nahlas čte věty a přiřadí je dle jejich významu k přiloženým fotografiím. Dále se pokusíme vymyslet další věty, které by se k obrázkům hodily také, a postupně se tak dostáváme k popisu jednotlivých fotografií.
12. Časové souvislosti – klient se pokusí určit datum jednotlivých státních svátků. Pokud klient umí státní svátek umístit přibližně, je možné jako pomůcku použít kalendář, ve kterém klient jednotlivé svátky najde. Následující aktivity se pokusí klient přiřadit k ročním obdobím, ve kterých se tyto aktivity dějí. Práce s časem a kalendářem nabízí mnoho způsobů pro společné aktivity. Je možné například hledat s klientem v kalendáři jména jeho blízkých, spolubydlících, mluvit o oslavách a akcích spojených s nějakým časovým obdobím. Pokud klienta toto téma zajímá, je možné rozdělit ho na dvě setkání.

Ke každému z témat náleží pracovní list, na kterém je popsán daný úkol, přiloženy potřebné obrázky a vyjmenovány další případné pomůcky, které jsou na jeho plnění třeba. Pracovní listy jsou umístěny v příloze.

Průběh terapie je popsán u každého klienta zvlášť formou krátké případové studie. Před začátkem terapie bude provedena orientační diagnostika testem Mini Mental State Examination (MMSE). Stejně testování bude provedeno i na konci. Protože je však v případě demence nemožné hovořit o pokroku a doba terapie nemůže být z důvodu časového omezení této práce dlouhodobá, bude konečné zhodnocení založeno

především na názorech samotných pacientů a jejich pečovateli v zařízení.

5.1 Charakteristika zařízení

Domov se zvláštním režimem (dále DZR), v němž probíhala praktická část práce, se nachází na území Prahy 10. Poskytuje pobytovou službu osobám, které mají, nejčastěji z důvodu Alzheimerovy nemoci či jiných forem demence, sníženou soběstačnost a vyžadují celodenní pomoc. V DZR je k dispozici celkem 46 lůžek ve 24 pokojích. K objektu náleží i terasa, atrium a altán, kde je klientům nabízeno posezení. Všem klientům jsou nepřetržitě k dispozici pracovníci sociálních i zdravotních služeb. Součástí DZR jsou ordinace praktického a odborného lékaře. Pro klienty je zde široká nabídka volnočasových a aktivizačních činností, jako například trénování paměti, kondiční cvičení, keramika, bohoslužby, muzikoterapie, arteterapie, fyzioterapie a také pořádání tematických posezení a výletů. (socialniportal.praha10.cz).

Kromě DZR poskytuje zařízení také Domov pro seniory. DZR je umístěn v druhém a třetím patře budovy, Domov pro seniory se nachází v přízemí a v prvním patře. Denně jsou pro klienty připraveny aktivity, kterých se účastní dle svého uvážení. Součástí zařízení je prostorný výtah, který zajišťuje bezbariérový pohyb na invalidním vozíku, místo pro setkávání všech obyvatel Domova a ve dvou patrech také klec se zvířaty, konkrétně morčetem a králikem.

5.2 Realizace terapeutického plánu

Po konzultaci s vedoucí zařízení bylo vytipováno pět osob, se kterými jsem následně prováděla jednotlivá sezení, a to vždy individuálně, v délce přibližně 20-30 minut, pravidelně 2-3x týdně. Všechny zúčastněné osoby byly předem písemně informovány o průběhu i důvodu našich sezení a měly možnost kdykoli setkání ukončit. Stejná informace jim byla zopakována vždy na začátku každého setkání. Termíny byly domlouvány s ohledem na denní režim klientů a aktivit DZR, aby co nejméně narušovaly jeho běžný chod. Personálem zařízení bylo zdůrazněno, že není možné klienty k žádné aktivitě nutit. Všichni vybraní klienti mají diagnostikovanou demenci při Alzheimerově nemoci.

Na začátku každého setkání proběhla úvodní část, kdy se klientům znovu připomněl účel našeho sezení, představení aktivity toho dne a proběhl dialog o tom, jaký má klient

den, jestli něco nepotřebuje, co je nového apod. Poslední setkání bylo věnováno shrnutí celého průběhu spolupráce, rozhovorům s klienty, náhodně zvolenými cvičeními, která byla zopakována, a zopakováním testu MMSE.

5.3 Průběh terapeutických sezení

První setkání proběhlo ve všední den odpoledne, kdy došlo ke vzájemnému seznámení s pětici vytipovaných klientů. Všichni byli znovu obeznámeni s důvody i průběhem práce, a pokud měli zájem, tak i s podobou jednotlivých cvičení. Koncipováno bylo jako úvodní, kdy kromě vzájemného seznámení se bylo v plánu provést testování MMSE. Zároveň, pokud byl klient ochotný, došlo k realizaci aktivity č. 1 – Noviny. Byly použity noviny Mladá fronta DNES ze dne 1. 2. 2016, případně vlastní tisk dle volby klienta. V závěru sezení byl klientům položen dotaz, zda jsou ochotni účastnit se našich setkávání. Setkání probíhala buď na pokojích klientů, pokud na nich byli v danou chvíli sami, nebo v oddělené místnosti, která mi byla poskytnuta k využívání.

Následuje charakteristika jednotlivých klientů a popis průběhu jejich sezení. Charakteristika klientů je souhrnem informací od personálu a mého vlastního pozorování.

Klient I – Pan V.

1. sezení

Pan V. je muž ve věku 79 let, který se nachází v pásmu středního stupně demence, spíše na jeho spodní hranici. Pohybuje se sám, bez opěrných pomůcek, v případě horšího zdravotního stavu chodí podél zdí. Jeho spontánní mluvený projev je neplynulý, vyplněný mnoha slovními vmetky. Často opakuje ukazovací zájmeno „to“, slova klade za sebou do vět, které postrádají smysl. Má značné obtíže s hledáním slov, většinou hledání daného výrazu vzdá a odbude slovy „já nevím, jak bych to řekl“. Je schopen odpovídat na otázky ano/ne. Uprostřed věty se často vrací k předešlému tématu. Cvičení neodmítl, ale neprojevil o ně velký zájem a celkově byl jeho postoj spíše negativní. U několika představených cvičení řekl: „Na to já nejsem.“, stejně jako neměl zájem o běžnou konverzaci o jeho či mé osobě. Pan V. značné problémy s porozuměním pokynům a s krátkodobou pamětí. Velice rychle se u něj střídá aktuální nálada a

projevuje silné negativní reakce na neúspěch.

S testem MMSE souhlasil. Test vyšel na pouhé 4 body, což je méně, než by odpovídá jeho běžnému stavu, proto bude zopakován na následujícím setkání, aby byla vyloučena možnost negativního ovlivnění jeho aktuálním rozpoložením.

Z novin si pan V. vybral článek „Naděje na 19 minut. Rosický se zase zranil“ (viz příloha). Jelikož už sám není schopen číst, byl mu článek pomalu předčítán. Shrnutí článku vlastními slovy se nepodařilo. Následovaly tyto otázky: „Za jaký fotbalový klub Tomáš Rosický hraje?“ (Arsenal) „Jakou část těla si zranil?“ (Nohu) „Jaký další český hráč s ním v týmu hraje /na postu brankáře/?“ (Petr Čech) Na žádnou z otázek nedokázal pan V. odpovědět, a to ani když mu byl článek i otázky přečteny podruhé. Po druhém neúspěšném pokusu jsem klientovi znovu přečetla konkrétní věty, které odpovídaly na zadané otázky. Na závěr jsme se domluvili, že mohu přijít i příště a podle aktuální nálady se rozhodne, zda se mnou bude chtít pracovat.

2. sezení

Pan V. byl dnes ve velmi špatném psychickém stavu. Neorientoval se ani po budově DZR, kde se obvykle pohybuje relativně bez problémů, netrefil sám do svého pokoje, padaly vulgarismy. Tyto stavy jsou prý u klienta čas od času běžné. Test MMSE, který jsem s ním chtěla zopakovat, tudíž nebylo možné provést. I přes to jsem se rozhodla aktivitu s lidovými písněmi vyzkoušet.

Na puštěné melodie pan V. částečně reagoval, u písní „Holka modrooká“ a „Šly panenky silnicí“ se sám připojil snahou o broukání melodie. Názvy ani text žádné z písní nebyl schopen říct, u některých reagoval slovem „znám“. Místo následného rozhovoru jsem se rozhodla nechat ho odpočívat.

3. sezení

Třetí setkání proběhlo v podobném duchu jako ta předchozí. Ačkoli se nejprve panu V. pracovat nechtělo, podařilo se ho přemluvit. Na začátku setkání jsem zopakovala test MMSE s výsledkem 6 bodů. Je zřejmé, že výkyvy ve stavu pana V. jsou poměrně značné.

Tématem třetího setkání byla přísloví. Nejprve měl klient doplnit slova do známých přísloví, poznat je na obrázku a dále se je pokusit vysvětlit. Vzhledem k obtížím pana V. s vybavováním slov byla tolerance ohledně přesných výrazů zvýšená, spokojila jsem se s naznačením slova nebo se slovem jemu podobným, které by ukazovalo, že dané přísloví zná a tuší, jak zní.

Je velmi náročné klienta motivovat, pokud si určitý výraz nevybaví ihned, nemá vůli přemýšlet dál, se slovy že neví, jak by to řekl. Při snaze pomoci mu a dovést ho ke správnému výrazu začne být agresivní. Je tedy velmi těžké ho hodnotit, protože ač by jistě byl schopen větší spolupráce, velice rychle snahu vzdá a raději se bude rozčilovat, že to nezvládne. Jelikož klient není schopen číst, jednotlivá přísloví jsem mu předčítala. Z celkového počtu třiceti osmi přísloví reagoval pozitivně zhruba u deseti. Po sdělení správného slova byl schopen okamžitě zopakovat necelou polovinu, po prodlení delším než deset vteřin žádné. Cvičení s obrázky a dialog o smyslu přísloví byly vedeny tak, že nejprve jsem se pokusila o původní zadání, a následně jsem pokládala otázky, na které pan V. odpovídal ano/ne. Tento způsob mu vyhovoval, nicméně odpovědi spíše tipoval. Oproti předchozím sezením považuji za pozitivní vývoj aspoň omezenou ochotu a snahu ke spolupráci, ale v dalších cvičeních bych chtěla tento způsob práce odbourat a přimět klienta, aby se pokusil říkat i jiná slova než jen „ano“ a „ne“.

4. sezení

Pan V. byl dnes v poněkud lepším rozpoložení než během minulých setkání, takže poprvé bylo možné začít práci bez přemlouvání. Se čtením má klient značné obtíže, nebyl schopen správně identifikovat žádné z napsaných slov. Dostal proto v druhé fázi pouze papír s obrázky, kde měl vyhledat předměty, které jsem mu říkala. Správně identifikoval klíče a telefon. U ostatních slov nejprve nějaký obrázek tipl, po prvním chybném tipu pouze řekl, že neví, a přestal hledat. Jednotlivé předměty na obrázku jsem pojmenovala a nechala ho názvy zopakovat, což se dařilo jen zčásti. Jakmile od vysloveného slova uplyne delší doba (čili pokud není zopakováno ihned) nebo je slovo tříslabičné a delší, klient v opakování selhává. Vymyslet sám od sebe další předměty nezvládl, proto jsem zvolila variantu, kdy jsem se ptala, zda určitý předmět běžně používá, a pokud odpověděl ano, zopakovala jsem název a klient se ho pokusil

zopakovat. Jeho opakování probíhalo stejně jako v předchozím případě. Na konci jsme se znovu vrátili k obrázku, na kterém měl najít předříkané předměty, ale výsledek byl stejný jako při prvním pokusu.

5. sezení

Stav pana V. byl velice špatný s naprostou dezorientací. Klient se toulal po zařízení, na žádost personálu jsem ho dopravila do jeho pokoje, kam nebyl schopen sám trefit. Již při prvním pokusu o kontakt byl vulgární a agresivní a nebylo možné s ním dnes pracovat.

6. sezení

Téma slovenštiny se ukázalo být u všech klientů velice obtížné. Vzhledem k tomu, že klient není schopen číst, nebylo možné spojovat slova v obou jazycích k sobě. Jednotlivá slova mu proto byla předříkávána, střídavě v českém a slovenském jazyce, k nimž měl klient říci ekvivalent v příslušném druhém jazyce. Klient nebyl schopen přeložit žádné z uvedených slov ani ve směru český jazyk - slovenský jazyk, ani ve směru opačném. Jelikož má ale klient trvalé obtíže s hledáním výrazů, je pravděpodobné, že je jeho výsledek ovlivněný i tímto faktorem a ne pouze případnou neznalostí těchto slov. Spolupráce byla tentokrát přijatelná, ačkoli negativní reakce na neúspěch jsou u pana V. poměrně značné.

7. sezení

Pan V. byl dnes v relativně špatné náladě, ale po ujištění, že dnešním tématem budou pouze protiklady, které zná a v zařízení už někdy procvičoval, se nechal umluvit, že to zkusí. Není schopen psát, takže vše probíhalo pouze ústní formou. Najít odpovídající protiklad dovedl u čtyř slov, přibližně hledaný význam u dalších dvou.

Zásadním problémem, který se těžko odbourává, je motivovat klienta, aby se nevzdal po prvním pokusu, kdy si na dané slovo nevzpomene. Tento problém se odrážel i při hledání vhodných podstatných jmen, které by k daným přídavným jménům pasovaly.

Zkoušela jsem se proto ptát, zda by se k tomu hodilo určité slovo, a pokud řekl, že ano, celé slovní spojení jsem mu zřetelně přednesla a klient se ho pokusil zopakovat. Vzhledem k tomu, že bylo toto cvičení pro pana V. obtížnější než pro ostatní klienty, nebyl úkol spojen s následujícím cvičením synonym.

8. sezení

U pana V. bylo jako u jediného klienta téma synonym probíráno samostatně. Jeho psychický stav byl na průměrné úrovni, neprojevoval o cvičení zájem, ale ani ho neodmítl. Opět se zde narazilo na problém neschopnosti číst, což klienta v tomto případě limitovalo, jelikož neměl možnost hledat vhodné slovo ve druhém sloupci. Vymyslet synonyma samostatně činilo klientovi velké potíže, sám od sebe nebyl schopen říci žádné, proto jsem zvolila variantu, kdy jsem mu k danému slovu vybrala z druhého sloupce tři výrazy včetně správného a klient měl z těch tří variant zvolit správnou. Instrukce bylo nutné několikrát zopakovat. Jelikož si však klient nepamatoval jednotlivá slova a nevěděl, které slovo bylo uvedeno jako první, druhá a třetí varianta, rozhodla jsem se napsat na papír velké číslice 1-3 a při předříkávání jednotlivých variant jsem na čísla ukazovala. Klient tedy mohl jen ukázat na danou číslici a tím zvolit variantu, o které si myslel, že je správná. Takto spolupráce fungovala, správnou variantu synonyma určil pan V. u zhruba poloviny slov.

9. sezení

Cvičení 9 a 10 vyžadují schopnost čtení, bylo proto nutné vymyslet pro pana V. alternativní práci. Jelikož klient není schopen běžné konverzace, nebylo možné využít ani druhé části úkolů, kde se jedná o vyprávění či dialog. Rozhodla jsem se proto vrátit se k některým cvičením, která jsme dělali již dříve a také k těm, která nebyla provedena z důvodu jeho zdravotního stavu během některých předešlých setkání.

Stav pana V. byl v tento den poměrně dobrý. Pochopila jsem, že podobné nadšení pro práci, jaké je zřejmé u některých klientek, u něj očekávat nelze a za pozitivní reakce je nutné brát přímé neodmítnutí spolupráce.

Nejprve jsem se vrátila ke cvičení č. 4 – Předměty denní potřeby, kde klient již dříve

zažil alespoň částečný úspěch, a tudíž jsem doufala, že by ho toho cvičení mohlo motivovat k další práci. Nejprve jsem mu ukázala pouze obrázky, aby se pokusil předměty sám pojmenovat. To se sice nepodařilo, ale u předmětů „klíče“, „telefon“, „příbor“ a „hřeben“ naznačil gestem jejich použití. Všechny předměty jsem mu pojmenovala, klient se pokusil názvy zopakovat a následně měl vyhledávat v obrázku předměty podle mého zadání. Správně identifikoval telefon a klíče. Poté jsem zkusila ke slovu přidat stejná gesta, jaká u jednotlivých předmětů použil pan V., a s touto pomocí správně našel i příbor a hřeben.

Poté jsem se vrátila ke cvičení s hlavními městy, které nebylo u klienta z důvodu špatného psychického stavu provedeno. Rozhodla jsem se využít stejného postupu jako v případě synonym, tj. dávat u každého státu na výběr ze tří možností, kdy klient mohl ukázat na vybranou variantu 1-3. Poté mu byl vždy název zřetelně pověděn a pan V. se ho pokusil zopakovat. Správně určil (nebo tipl) název hlavního města u států Rakousko, Slovensko a Rusko. Nakonec jsem chtěla klienta přimět, abychom se pokusili najít tyto tři státy na mapě, to však klient odmítl.

10. sezení

Jelikož cvičení na vyhledávání gramatických chyb vyžaduje schopnost čtení, rozhodla jsem se zaměřit se právě na tuto oblast. Nejprve jsem požádala klienta, aby se pokusil v textu najít určitá písmena, a to tak, že mu bylo sděleno pouze dané písmeno. Znatelně vyšší úspěšnost byla u vyhledávání samohlásek. Další variantou pak bylo říci mu s každým písmenem i slovo, které na něj začíná. Zde došlo k mírnému zlepšení i u souhlásek. Poté jsem cvičení otočila a chtěla po klientovi, aby pojmenoval písmena, která jsem mu ukázala. V tomto případě byla úspěšnost velice nízká, nedokázal pojmenovat ani ta písmena, která v předchozím cvičení správně vyhledal. Zvolila jsem tedy variantu, že jsem mu postupně ukázala a pojmenovala pět písmen a následně mu těchto pět písmen zadala pojmenovat. Ani v tomto případě nebyl výsledek lepší a u klienta nastala jeho přirozená agresivní reakce na neúspěch, shodil papír na zem, lehl jsi na postel a odmítl dále spolupracovat.

11. sezení

Pana V. jsem dnes přemluvila ke spolupráci ujištěním, že bude dnešní cvičení velice podobné tomu, co už jsme dělali a v čem byl úspěšný. Jelikož v případě přiřazování vět k obrázkům jsou k dispozici pouze čtyři varianty, nepovažovala jsem za nutné cvičení pro klienta upravovat. Jediný rozdíl oproti ostatním klientům byl v tom, že jsem mu věty předčítala. Správně přiřadil dva obrázky. Dále jsem se pokusila s klientem o popis obrázků. Nejdříve měl klient pouze vyhledávat objekty na fotografiích (např. slona, pečivo apod.), což se dařilo u necelé poloviny zadaných slov. V opačném případě, kdy měl klient pojmenovávat ukázané objekty, byla úspěšnost téměř nulová. Práci ukončil svou klasickou větou „*nevím, jak to říct*“ a nechtěl dále spolupracovat. Dané objekty jsem proto klientovi pojmenovala a nechala ho slova zopakovat.

12. sezení + shrnutí

Jelikož je poslední téma mého plánu především konverzační, bylo pravděpodobné, že se u pana V. neseťká s velkým úspěchem. Již při první návštěvě dal klient najevo, že nechce o ničem vyprávět, ani ho nezajímá vyprávění o někom jiném. Nejprve se mu pracovat nechtělo, ke spolupráci ho přiměla informace, že se jedná o moji poslední návštěvu.

Přiřadit státní svátky se k příslušnému datu nebo alespoň měsíci nedařilo. Zkoušela jsem se tedy ptát, zda slavíme tento svátek v měsíci “x” nebo v měsíci “y”, kdy byla vždy jedna správná a jedna špatná varianta a klient měl zopakovat správný měsíc. U slov, která jsou tříslabičná a delší, je však opakování silně narušeno, proto ani přesto, že název daného měsíce klient slyšel před pár vteřinami, nebyl schopen ho zopakovat. V případě ročních období jsem mu vždy u každého zadání všechna roční období znovu zopakovala. Správně přiřadil roční období u tří událostí.

Na konci posledního setkání jsem znovu provedla MMSE test. Výsledek byl šest bodů, tedy stejný jako u třetího setkání. Jelikož byl pan V. jediný z klientů, který si mě nezapamatoval a při žádné návštěvě mě nepoznal, je obtížné chtít po něm, aby se pokusil naše setkávání zhodnotit. Samozřejmě i přesto mu byl tento dotaz položen. Na otázku, zda ho cvičení bavila, odpověděl, že moc ne. Na otázku, zda si myslí, že byla naše setkávání přínosná, zněla odpověď „*nevím*“. Na žádost, zda by mohl naše

setkávání nějak zhodnotit, něco o nich říct, cokoli ho napadne, zazněla jeho nejčastější odpověď :*“Já nevím, jak bych to řekl“*. Ač jsem se snažila dostat ještě nějakou relevantní odpověď, nepodařilo se.

Pro mě byla spolupráce s panem V. nejtěžší. Jeho stav byl po dobu mé přítomnosti v zařízení velice proměnlivý, a na tom závisela i jeho nálada a ochota spolupracovat. Byl jediným klientem, u kterého nebyla v některé dny z důvodu jeho zdravotního stavu možná spolupráce. Ačkoli o cvičení nikdy neprojevil zájem, ve většině případů byl ochotný alespoň omezenou dobu pracovat. Jako jediný z klientů si mě za dobu naší spolupráce nezapamatoval.

Zásadním faktorem, který negativně ovlivňoval naše cvičení, je jeho nízká tolerance k neúspěchu a velmi rychlé agresivní reakce, které u něj neúspěch vyvolává. Jeho nejvýznamnějším problémem v oblasti komunikace je vyjadřování, hledání vhodných slov a výrazů. Porozumění je na vyšší úrovni. Práce s ním pro mě však byla velice přínosná, neboť bylo nutné hledat jiné postupy a varianty, jak s jednotlivými cvičeními pracovat.

Dle personálu je hodnocení v jeho případě velice obtížné, jelikož výkyvy stavu u pana V. jsou značné a doba naší práce nebyla příliš dlouhá, tudíž nelze pozorovat výrazné výsledky, což platí u všech klientů. Přesto se personál domnívá, že jakékoli podobné cvičení je vždy přínosem a v případě pana V. je důležitý každý podnět ke komunikaci. Zjištění, kolik cvičení a úkolů byl ochoten dělat, bylo pro personál pozitivním překvapením.

Klient 2 – Paní T.

1. sezení

Paní T. je velmi aktivní žena ve věku 91 let. Její spontánní projev je plynulý, není příliš schopná dialogu, jedná se spíše o nekončící monolog, nepouští komunikačního partnera ke slovu a jen velmi nerada přistupuje na jiné téma, než o kterém chce sama hovořit. Objevují se velmi výrazné perseverační tendence na určité téma, kterým byly v aktuálním případě finance. Je velice důvěřivá, po několika minutách mi ukazovala výpis z bankovního účtu se žádostí o potvrzení jeho pravosti. Většinu času volného rozhovoru

řešila stav svého účtu a nutnost najít si brigádu, např. jako uklízečka. Mluví o tom, že se jí v DZR nelíbí, jelikož je obklopena „hloupými lidmi, a některé snad přivezli rovnou z *Bohnic*“. Spokojena není ani s vnitřním vybavením DZR, které si dle jejích slov představovala vzhledem k názvu zařízení více honosnější. Pohybuje se s pomocí chodítka, kratší vzdálenosti v rámci pokoje ujde i bez opory. O sezení projevila zájem a souhlasila s nimi.

Test MMSE udělala na 18 bodů, což odpovídá hodnocení personálu. Souhlasila, že uděláme i první cvičení s novinami, ale jen pod podmínkou, že si vybere mezi množstvím svých novin a časopisů, jelikož mnou nabízené ji nezaujaly. Článek proto nemám ve fyzické podobě k umístění do přílohy, ale je k dispozici na webových stránkách novin a uveden v internetových zdrojích (www.blesk.cz). Vybrala si článek o Karlu Gottovi a převodu jeho nemovitosti na manželku. Četla sama, nahlas. Tempo četby bylo mírně zpomalené, ale plynulé, nedocházelo k přechůdkům. Sama shrnula článek poměrně přesně, v situaci se orientovala. Na otázky „Co přepisoval Karel Gott?“ a „Kde se dané místo nachází?“ odpověděla paní T. správně. V odpovědi na poslední otázku „Na koho dům přepisoval?“ označila Ivanu za dceru.

2. sezení

Paní T. mě přivítala s nadšením, ačkoli si nevzpomněla, že se vidíme již podruhé. Téma hudby ji velice zaujalo, stejně jako minule se však neustále vracela k tomu, že se jí v DZR nelíbí, konkrétně si stěžovala na nedobrou oběd, ze kterého jí bylo těžko. Z pěti písniček poznala na první poslech dvě, a to písničky Holka modrooká a Já jsem z Kutné Hory. Zbylé tři písničky pak správně identifikovala podle pracovního listu. U textů nedošlo k jedinému zaváhání, zcela plynule odříkala všechny rýmy.

Jakmile jsme se dostaly k rozhovoru, nastal problém s udržení tématu. Jakkoli je jí hudba blízká a sama hrávala a učila hru na klavír, neustále se vracela ke svým stížnostem na zařízení. Udržení tématu vidím jako největší problém v její komunikaci. Nemá obtíže s plynulostí, potíže s vyhledáním určitého výrazu jsou patrné jen v případě, že se jedná o cizí nebo delší, složitější slovo. Po upozornění se k původnímu tématu vrátí, během několika vět se ale vždy dostane zpět k tématu, o kterém chce mluvit ona sama.

3. sezení

Paní T. nebyla v příliš dobrém rozpoložení. Z důvodu výrůstků na chodidlech byla v dopoledních hodinách u lékaře a nyní má zůstat na lůžku, což ještě prohloubilo její nechuť k zařízení, jelikož je podle ní na vině personál, a to jak za její zdravotní obtíže, tak za zákaz chůze. Za rozptýlení byla ráda a do práce se pustila s chutí. Sama ovšem číst nechtěla, zvolila si variantu předčítání. Při doplňování nevěděla nebo špatně odpověděla u dvanácti přísloví, lepší výsledky byly v případě, že doplňovala až druhou část, naopak doplnění začátku činilo větší obtíže. Potvrdila, že všechna uvedená přísloví zná. V průběhu sama od sebe začala nad jednotlivými příslovími uvažovat a souhlasit s jejich pravdivostí. Zhruba u poloviny dovedla poměrně trefně vysvětlit jejich význam. V případě obrázků spíše popisovala, co na nich vidí a co se na nich může odehrávat, po slovním navedení dokázala přiřadit dva obrázky ke správnému přísloví, a to „Jablko nepadá daleko od stromu“ a „Jak se do lesa volá, tak se z lesa ozývá“. U každého dalšího obrázku bylo nutné znovu připomenout, že se v něm má pokusit vidět některé z přísloví, které zaznělo, že nejde o pouhý popis obrázku. V následném rozhovoru, jakmile před sebou nemá jasné zadání, se paní T. opět vrací ke svým problémům a má obtíže s udržením tématu. Vybrat jedno oblíbené přísloví neumí, souhlasí se všemi. Vždy se loučí se slovy, že se těší na další setkání.

4. sezení

Paní T., ačkoli si v první chvíli nikdy nevzpomene, že se setkáváme již poněkolikáté, bere naše setkávání jako možnost postěžovat si na zařízení. Tentokrát ji trápila strava a nákupní seznam, který sepisovala pro svoji klíčovou pracovníci. S úkolem č. 4 se vypořádala naprosto bez problémů. Všechna slova bez zaváhání přečetla, identifikovala na obrázku a stručně, ale přesně vysvětlila jejich užití, stejně jako sama spontánně předměty označila jako „*denní používané předměty*“. Neměla ani obtíže vymyslet další předměty, které v každodenním životě používá, a pojmenovat ostatní předměty, které se nacházely v její blízkosti. Proto jsem zkusila ještě cvičení otočit, popsat účel předmětu a klientka měla z popisu identifikovat daný předmět. Zde byla úspěšnost 80%. Popsány byly předměty stůl, tužka, kniha, brýle, kufr a baterka. Tuto variantu úkolu jsem následně použila i u ostatních klientů.

5. sezení

Poprvé se stalo, že mě klientka poznala. Už při příchodu mě zahlédla a volala na mě přes chodbu z místa společenského setkávání klientů, věděla, kdo jsem a z jakého důvodu jsem přišla. Téma států a cestování je pro paní T. jako dělané. Již několikrát se zmínila o části rodiny, která žije v Německu a v Anglii, a také o své desetidenní plavbě výletní lodí po Středozezemním moři a nyní měla možnost o nich vyprávět. Jelikož o nich mluvila již několikrát a informace se nelišily, je důvod předpokládat, že jsou reálné. Tuto cestu podnikla sama. Za největší zážitek označuje návštěvu Izraele, který pojmenovává jako Svatou zemi, což byla jedna ze zastávek během středomořské plavby, dále se jí líbilo v Benátkách a v Řecku. Naopak Hannover, kde žije její sestra, považuje za nepříjemné, chladné severní město, kde se jí nelíbí.

Hlavní města znala u poloviny uvedených států, a to všech evropských kromě Belgie a Finska. U žádného z mimoevropských států hlavní město neznala. Na mapě s jistotou určila pět států, tři státy umístila přibližně, čtyři nevěděla vůbec. Cestování ji velmi zajímá, jak je zřejmé z jejího vyprávění, ale nejvíce se jí líbí v Praze.

6. sezení

Tématem šestého setkání byla slovenština. Jelikož byla klientka po další kontrole u lékaře, zdála se být velmi unavená a nejspíš z tohoto důvodu i zmatená. Poprvé byla spolupráce s ní obtížnější. Oproti svému normálu byla nemluvná, bez energie, dokonce si ani nestěžovala na zařízení. Nevím, zda to bylo způsobeno únavou, nebo je dané cvičení pro klienty skutečně příliš náročné, ale ze všech uvedených slov dokázala správně spojit pouze čtyři. Cvičení plnila rovnou s pracovním listem, aby měla možnost slova spojovat a nemusela překlad slov vymýšlet z hlavy. Slovensky prý neumí a se slovenštinou se setkávala pouze minimálně. Na Slovensku byla, ale vždy jen krátkodobě.

7. sezení

Paní T. byla dnes velice rozladěná kvůli přetrvávajícímu zákazu delší chůze a procházek, který má z důvodu výrůstků na chodidlech. To, spolu s trvalými výhradami

vůči zařízení, zažehlo revoluční náladu, kdy chtěla volat všem osobám, které by ji mohly ze zařízení dostat, od její sestry žijící v zahraničí po jakousi soudkyni, se kterou kdysi pracovala na Ministerstvu spravedlnosti. Na rozdíl od minulého setkání jí nechyběla energie. Spolupracovat se jí příliš nechtělo, raději chtěla rovnou řešit telefonáty o jejím přesunu z DZR domů. Nakonec se nechala přemluvit, ale pouze ke slovním odpovědím, nikoli k psaným. Věřím, že ani psaná varianta by jí problém nedělala, jelikož při předminulém setkání si v době mého příchodu sepisovala nákupní seznam, který mi následně ukázala. Všechny protiklady odpověděla bez zaváhání, jen u slova "vysoký" řekla jako opak slovo "menší". U synonym byla úspěšnost o něco nižší, odpovídající slovo našla bez pracovního listu zhruba u poloviny výrazů. Následně jsem ji přiměla, aby si pracovní list vzala a našla vhodná synonyma ve druhém sloupci. Zde již byla úspěšnost stoprocentní, jelikož se jednalo o práci vylučovací metodou.

8. sezení

Jelikož časopisy a křížovky jsou velkou zálibou paní T., uvítala dnešní cvičení s nadšením. Její zdravotní stav se nijak nezměnil, moji přítomnost však uvítala a do práce se vrhla s chutí. Princip úkolu pochopila rychle a do hledání slov se pustila bez potíží. Nechtěla si však nalezená slova a slabiky odškrtnávat a z tohoto důvodu zapomněla, které slovo či slabiku již našla. Hledání slov prováděla bez jakéhokoli systému, několikrát začala od prostřední slabiky, po nalezení následující na tu předchozí zapomněla apod. I přesto si tužku pro odškrtnávání vnutit nenechala. Pokud nemohla delší dobu najít konkrétní slabiku a věděla, kterou hledá, pokusila jsem se ji navést číslem sloupce a řádku. Tato pomoc se však ukázala jako nepříliš účinná, jelikož klientka danou instrukci během krátké chvíle vypustila z hlavy. Práce ji pohltila, dá se říci, že byla úspěšná, nicméně vzhledem k absenci jakéhokoli řádu či systému při hledání zbytečně zdlouhavá a zmatená. Společné pojmenování pro daná slova (emoce, pocity) klienta nenašla. Vysvětlit je dokázala bez obtíží, většinou stručně, ale věcně. Popisovala je přiřazením k určité situace, např. „*Překvapený je, když něco nečeká*“ nebo „*Znuděný je, když nemá co dělat*“.

9. sezení

Paní T. dnes nebyla v příliš dobrém stavu. Nevím, zda ji neustále natolik trápí obtíže s chodidly, nebo zda se jedná např. o nějaké začínající onemocnění, ale znatelně jí oproti minulé návštěvě ubyla pozitivní energie i soustředění. Všechny věty předložené ve cvičení týkající se opravy gramatických chyb přečetla bez problémů, ale v žádné z nich neviděla chybu či problém, přišly jí v pořádku. Domnívám se, že je její výkon ovlivněn aktuálním stavem, klientka totiž velice ráda čte a věřím, že za běžných okolností by alespoň některé chyby dokázala odhalit. Ze své školní docházky si mnoho nepamatuje, prý tam chodila docela ráda, ale raději vzpomíná až na své zaměstnání na Ministerstvu spravedlnosti, kde působila mnoho let. Na otázku ohledně jejího zdravotního stavu odpovídala stejně zaníceně jako vždy, není spokojena s prací sester ani s celkovým fungováním zařízení a viní je ze svých aktuálních zdravotních obtíží.

10. sezení

Vzhledem k tomu, že léčba chodidel paní T. pokročila natolik, že jí již byla povolena volná chůze, byl stav i nálada klientky zpět na úrovni, jak jsem ji poznala. Stížnosti na zařízení pochopitelně pokračovaly, byla přesvědčená, že léčbu jejích nohou zvolil personál schválně tak, aby jí byla nepříjemná (mast na kůži pálila). Při snaze vzpomenout si na jméno ošetřovatelky vytáhla svůj „deník“, kam si v bodech zapisuje důležité události, na které nechce zapomenout, např. kdy dala personálu prádlo na vyprání, peníze na nákup apod.

Jelikož jsem v jejím textu nenašla žádnou pravopisnou chybu, rozhodla jsem se vrátit se ještě k minulému cvičení, o kterém jsem byla přesvědčená, že bylo ovlivněno jejím stavem. Ani napodruhé však klientka v textu chybu neobjevila, věty se jí zdály být v pořádku. Všechny chyby jsem jí postupně ukázala a vysvětlila. Nevím, z jakého důvodu chyby v tomto případě nevidí, když ona sama píše i čte bez problémů. Úkol dnešního dne, tj. čtení a přiřazování slov k obrázkům, byl naproti tomu velmi primitivní. Všechny věty paní T. okamžitě přiřadila ke správné fotografii a obtíže neměla ani s jejich popisem, ačkoli byl velice stručný a jednoduchý.

11. sezení

Téma svátků paní T. zaujalo, ale hned v úvodu mě upozornila, že paměť na čísla nikdy neměla. Ona sama prý slavila velmi ráda vše, co se dalo, dokud bydlela doma. Zde v DZR už ji prý oslavy nezajímají, většina ostatních klientů je podle ní z bláznince a slavit s nimi nechce. Z uvedených státních svátků si vzpomněla pouze na data Štědrého dne a Svátku práce, ostatní nedokázala umístit ani do správného měsíce. Zkusila jsem proto podobnou variantu jako u klienta č. 1 a u každého svátku jí dala tři možnosti, o který měsíc se může jednat. Bylo však zřejmé, že jen od oka tipuje. Druhou část s ročními obdobími zvládla lépe, přiřadit neuměla jen hlavní školní prázdniny. Bylo však nutné jí princip tohoto úkolu několikrát vysvětlit a zopakovat, jinak její odpovědi zněly: „*ted*“, „*už za chvíli*“, „*ted* pořád“ apod. Klientka zná své datum narození i svátku a data narození svých dětí a sestry, všechny bez obtíží vyhledala v týdenním kalendáři. Jak je zřejmé ze začátku odstavce, blízké přátele, u kterých by podobné věci řešila, v DZR nemá.

12. sezení + shrnutí

Závěrečné setkání bylo věnováno jednomu náhodnému úkolu z předešlých sezení, zopakování testu MMSE a celkovému shrnutí naší spolupráce. Ze cvičení si paní T. vylosovala úkol č. 3 – přísloví. Oproti prvnímu plnění tohoto úkolu si tentokrát vzala pracovní list do ruky a četla jednotlivá přísloví sama. V této variantě byla zřetelně úspěšnější než v prvním případě, kdy si nechávala jednotlivá přísloví předčítat. Nevěděla pouze pět přísloví, z toho v jednom případě („Boží mlýny melou pomalu, ale jistě“) si vzpomněla na slovo „mlýny“, takže se dá říci, že z poloviny věděla i toto. Při přiřazování přísloví k obrázkům byl výsledek stejný jako poprvé.

Test MMSE vyšel paní T. na 18 bodů, což je stejný výsledek jako při prvním setkání. Domnívám se, že neznalost odpovědi na první dvě otázky v testu (datum a den v týdnu) jsou negativně ovlivněny tím, že osoby žijí v zařízení, kde jsou všechny dny víceméně stejné, a ačkoli jim personál každé ráno říká, co je za den, je pro ně obtížné plynoucí čas sledovat. Vnímám to podobně, jako když má běžný člověk delší dobu dovolenou.

Sama klientka hodnotí naše sezení pozitivně. Ačkoli ji ne všechna cvičení zaujala nebo v nich byla úplně úspěšná, potkávala mě prý ráda a těšila se na další setkání. Jako jediná

litovala, že naše setkávání končí a vyjádřila přání opětovné návštěvy. Moji osobu si zapamatovala přibližně v polovině mých návštěv. Osobně si myslím, že jsem pro ni byla vítaným zpestřením „zvenku“, někým, kdo nepatřil mezi personál zařízení, ve kterém není spokojená, a komu si mohla postěžovat. Podobný názor má i personál DZR, paní T. podle nich na moje návštěvy reagovala velmi pozitivně a vytvořila si ke mně velice kladný vztah, což je vždy přínosem. Navíc po našich setkáních o svých zážitcích vyprávěla a díky tomu byla podpořena komunikace mezi ní a zaměstnanci zařízení, ačkoli ve vzájemném srovnání vyšel v jejích očích personál vždy jako „ti horší“.

Pro mě byla spolupráce s paní T. příjemná, protože nejvíce dávala najevo radost z mých návštěv, zaujetí pro společnou práci, velice se snažila, a ačkoli bylo náročné udržet při konverzaci jiné téma, než které chtěla v ten den řešit ona, vždy jsme se dobraly k požadovanému výsledku. Zároveň se jednalo o nejsnadnější spolupráci z pohledu toho, že paní T. bez problémů čte i píše, a tudíž nebylo nutné pro ni žádné ze cvičení speciálně upravovat.

Klient 3 – pan J.

1. sezení

Pan J. je bývalý lékař a docent přednášející na lékařské fakultě. Ve věku 82 let je na tom z přidělených klientů nejhůře, není samostatně mobilní, po DZR se pohybuje na vozíku s pomocí personálu. Jeho řečový projev je neplynulý, velmi tichý a dyšný, skýtá většinou celky dvou až tří slov, věty se prakticky nevyskytují, nicméně vše bylo smysluplné a mělo reálnou informační hodnotu. Zajímal se o důvod a cíl diplomové práce, umístění mé školy a další detaily týkající se našich sezení. Bylo zjevné, že má s vedením závěrečných prací zkušenosti. V současné době se na lékařských fakultách UK diplomové práce nepišou, ale je možné, že dříve to bylo jinak. Jeho účast je velmi nejistá, nejprve zcela odmítl se jakýchkoli aktivit účastnit, poté souhlasil, že se do mé příští návštěvy rozmyslí. Nebyl proto proveden test MMSE, o noviny také zájem neprojevil. Jako důvody uvedl přílišnou zaměstnanost a obavy, že by si špatnými odpověďmi mohl udělat ostudu před svými pacienty. Až do věty ohledně jeho pacientů se zdála být jeho orientace v realitě na vysoké úrovni. Jeho celkový postoj působil velmi negativně.

2. sezení

Klient č. 3 – pan doktor J. - se rozhodl, že s naší spoluprací souhlasit nebude. O jeho nahrazení se bude rozhodovat během dalšího setkání, kdy bude v DZR přítomna vedoucí zdravotnické péče, která klienty pro tuto práci vybírala. Označení ostatních klientů zůstává.

Klient 4 – paní B.

1. sezení

Paní B. je na první pohled bez zjevných potíží. Je jí 88 let, pohybuje se samostatně s pomocí opěrné hůlky. Je velice aktivní a účastní se veškerého dění v DZR. Její projev je plynulý, přirozený, avšak vůbec neodpovídá realitě. Velice ráda vypráví o svém životě a o zaměstnáních, kterými během svého života prošla. Sama sebe nepovažuje za klientku DZR, je přesvědčená, že je tam na brigádě a po práci v DZR na ni doma čeká práce na zahradě, což je její největší koníček. S účastí na cvičeních souhlasila, ale hned u dalšího termínu mi řekla, že bohužel ten den nemá v DZR směnu, a nebude tudíž přítomna.

V testu MMSE vyšel výsledek 17 bodů, což podle slov personálu odpovídá jejímu stavu. Aktivitu s novinami odmítla se slovy, že noviny a časopisy nesnáší, nečte a nikdy ji nezajímaly, ale že se bude těšit na další návštěvu. Článek jsme tedy narychlo nahradily jejím oblíbeným filmem Noc na Karlštejně, o kterém se zmínila jako o filmu, který by mohla vidět stále dokola. Aktivitu samozřejmě nelze zcela srovnávat s ostatními, u kterých (kvůli právě přečtenému článku) hrála roli krátkodobá paměť, zatímco zde se jedná spíše o paměť střednědobou až dlouhodobou, ale zdálo se mi to jako přijatelný kompromis. Děj filmu shrnula svými slovy zbytečně obšírně a složitě, nicméně relativně pochopitelně. Otázky k filmu byly následující: „Vzpomenete si na jména některých postav, které se ve filmu objevily?“, „Kolik žen neposlechlo králův rozkaz a zůstalo přes noc na hradě?“ a „Proč chtěla královna na hradě zůstat?“ Na všechny otázky dokázala klientka odpovědět.

2. sezení

Komunikace s paní B. se zatím jeví jako nejsnadnější. Ačkoli si sama nepřipouští, že patří mezi klienty DZR, spolupracuje ochotně, dle svých slov „musí jít příkladem“. Při vypravování se drží tématu, občas opakuje informace, které již řekla. Téma hudby přijala pod podmínkou, že nebude nutné, aby zpívala. Při prvním poslechu poznala tři písně (Holka modrooká, Já jsem z Kutné Hory a Pod naším okýnkem). Zbylé dvě písně ve chvíli, kdy měla v ruce pracovní list s názvy, nejprve prohodila. Potvrdila, že všechny písně zná. Celé texty z paměti nevěděla, s pracovním listem správně doplnila většinu, nejobtížněji si vzpomínala na text písně Pod naším okýnkem. Hudba jí nijak blízká není, sama prý hudební sluch nemá a během svého mládí se věnovala několik let hře na klavír, ale pouze z donucení, stejně, jako její sourozenci, z nichž se delší dobu vydržel hudbě věnovat pouze jeden z nich. Na základním hudebním vzdělání trvala jejich matka, která prý byla velice schopnou hudebnicí.

3. sezení

Paní B. má, jak již bylo zmíněno, nejplynulejší komunikaci a její projev zní na první pohled logicky, ale ve skutečnosti má z mých klientů nejmenší náhled na realitu. Po minulém ujišťování, že v DZR brigádně pracuje, se tentokrát považovala za klientku, ovšem s přesvědčením, že je v zařízení, které považuje za nemocnici, teprve druhý den, zatím se ještě nerozkoukala a nikoho tam nezná. Stěžovala si, že se nudí, a přála by si bydlet s někým dalším. Jako jediná chtěla přísloví číst sama. Doplnit neuměla sedm z nich.

Ukázalo se, že u ní téměř nefunguje krátkodobá paměť. Pokud se nad nějakým příslovím zamyslela, neuměla se vrátit zpět na řádek, kterým skončila, a vrátila se o několik přísloví výš. Řekly jsme si, jak dané přísloví zní, a ona začala číst znovu. Když se dostala opět k tomu, co předtím nevěděla, nedokázala odpovědět znovu, ačkoli od chvíle, kdy jsem jí sdělila celé znění přísloví, uplynulo přibližně půl minuty. Stejná situace se opakovala pětkrát. Stejně jako u předchozí klientky se ukázalo jednodušší doplňovat koncové části. Obrázky byly náročnější, po slovním vedení identifikovala pouze jeden. Sama si přísloví pamatuje ze školy, kde na ně psali slohová cvičení, se všemi v zásadě souhlasí, ale oblíbené žádné nemá. Vysvětlení přísloví byla velmi

obsáhlá, ale v podstatě bezobsažná.

4. sezení

Poprvé se mi stalo, že paní B. můj příchod uvítala s otázkou, jaká cvičení jsem si připravila dnes, a tedy poprvé mě někdo z klientů identifikoval a věděl, z jakého důvodu jsem přišla. Čtení a identifikace zobrazených předmětů nečinilo klientce potíže. Popis účelu vysvětlila vždy jen velice stručně („na vaření, na jedení, na volání...“), ale správně. Větší potíže měla s vymyšlením dalších předmětů denní potřeby. Ne z důvodu, že by je neuměla pojmenovat, ale nedokázala si uvědomit, jaké předměty sem mohou spadat a co tak běžně může užívat. Vzpomněla si na brýle a opěrnou hůlku. V poznávání předmětů podle mého popisu byla naopak velice úspěšná. Stále u ní přetrvával dojem, že se nachází na hospitalizaci v nemocnici.

5. sezení

Tématem pátého sezení jsem se trefila do dne, kdy byla v DZR připravena přednáška cestovatele, který jednou za čas chodí klientům vyprávět o svých cestách. Dle paní B. se jednalo o přednášku o Alpách (jak se později ukázalo, klientka L. označila přednášku za vyprávění o Islandu). Ona sama zná ze zahraničí Německo a Švýcarsko, kde žije část její rodiny a kde se jí velice líbilo. Jinak prý cestování mezi její koníčky nepatřilo, ale ještě ve škole ji bavilo se o cizích zemích učit. Hlavní města neznala pouze u čtyř států, v případě USA uvedla nejprve New York, ale sama se během chvíle opravila. Z evropských států věděla všechny kromě belgického Bruselu. Na mapě správně identifikovala osm států, dva umístila přibližně, dva zařadit neuměla.

6. sezení

Výsledek klientky mě utvrdil v tom, že cvičení se slovenštinou bylo nejspíše nevhodně zvolené a bylo pro klienty příliš obtížné. Stejně jako předchozí klientka se s prý se slovenským jazykem nesetkávala příliš často a překládat jednotlivá slova pro ni bylo nad její schopnosti. Správně přeložila a spojila pět slov, a to slova „opravdu, kočka, pouze, míč a boty“. Neúspěch v tomto cvičení nesla klientka velice nelibě. Setkání bylo

zkráceno z důvodu společné aktivity zařízení.

7. sezení

Výhodou práce s paní B. je její poměrně stálá a nekonfliktní nálada, která spolupráci značně zpříjemňuje. Svou roli v tom zřejmě hraje fakt, že sama sebe nepovažuje za stálou klientku zařízení, a jak říká, „měla by jít příkladem“. Pravdou je, že s tématem protiklady si poradila nejlépe, správně určila protikladná slova ke všem zadaným výrazům a obtíže jí nedělalo ani vymyslet vhodná podstatná jména, ačkoli k tomu už bylo potřeba vyvinout více úsilí. Ve cvičení se synonymy byl výsledek horší, bez pracovního listu věděla asi 2/3 slov, s pracovním listem se jí podařilo spojit všechna. Vždy se ptá, zda ještě přijdu a co ji čeká příště. Ačkoli mezi návštěvami není nikdy delší odstup než tři dny, při příštím setkání si danou informaci nepamatuje.

8. sezení

Paní B. měla dnes velice dobrou náladu. Jelikož má křížovky ve velké oblibě, přivítala dnešní cvičení s nadšením. Princip úkolu pochopila okamžitě, sama si vyžádala tužku na odškrtnutí již nalezených slov. Slova v tabulce hledala logicky a bez problémů, neustále však zapomínala na vypsání slova pod tabulkou a slova podle nalezených slabik vymýšlela. Z tohoto důvodu začala několikrát hledat slovo, které v tabulce nebylo a odpovídala mu jen některá ze slabik. Znovu se ukázal problém s krátkodobou pamětí. V jednu chvíli se klientka zadívala na pracovní list s otázkou, zda dané slabiky v tabulce odškrtnula ona, či zda už byly označené předtím. Pracovní list samozřejmě dostala zcela čistý. Orientaci v tabulce měla dobrou. Kromě nutnosti stále připomínat, že má na listu napsaná hledaná slova a nemusí si je tudíž vymýšlet, plnila úkol samostatně a bez dalších obtíží. Vysvětlení jednotlivých slov bylo podobné jako v předchozích případech, když měla vysvětlit nějaký význam. Jednotlivá slova chápe a ví, co si pod nimi má představit, ale její vysvětlení jsou velice obsáhlá, avšak bez konkrétní informace. Několikrát jsem jí dala příklad toho, jak stručně by stačilo dané slovo popsat, vždy se však vrátila ke svému způsobu.

9. sezení

Nálada paní B. dnes byla velice pozitivní, jelikož jí byla přidělena spolubydlící. Do této chvíle bydlela na pokoji sama a několikrát si postěžovala, že je to nuda a těší se, až k ní někoho nastěhují.

Najít gramatické chyby v předložených větách jí nedělalo problém, u většiny z nich konstatovala, že je to hrozné už na první pohled, vidět slova takto napsaná. Jediné jevy, které přehlídla či je v první chvíli nepovažovala za chybu, byly dva výskyty chybně napsaných velkých písmen. Po upozornění jsme se na názvy zaměřily a klientka si uvědomila i tyto zbývající chyby. Na svoji školní docházku vzpomíná ráda, škola ji bavila. Nejoblíbenějším předmětem pro ni byla matematika, což zmínila jako svou mladickou vášeň již několikrát, ačkoli se jí pak dále již nikdy nezabývala.

10. sezení

S paní B. jsem se dnes setkala po dílně ručních prací, kterou v DZR mají v rámci odpoledních aktivit. Opět se dostala do fáze, kdy se považuje za brigádnici v zařízení, a stěžovala si na některé klientky, že nedokázaly pracovat samostatně. Cvičení č. 11, tj. přiřazování vět k fotografiím, bylo pro klientku velice snadné. Bez problémů přečetla všechny věty a přiřadila je k příslušným obrázkům. Neměla obtíže vyhledat na fotografiích objekty podle zadání. V případě popisu jednotlivých obrázků se klientka velice rozpovídala, místo popisu fotografie vyprávěla spíše příběh o tom, co se tam může dít, včetně toho, co dané osoby na obrázku říkají či co si myslí.

11. sezení

V případě posledního cvičení odvedla z mých klientů paní B. nejlepší výkon. Data jednotlivých státních svátků věděla všechna kromě Dne boje za svobodu a demokracii, u kterého nevěděla, ani když jsem se jí pokusila napovědět událostmi, které se ten den staly. V druhém úkolu přiřadila roční období správně ke všem vypsáním událostem. Oslavy prý nikdy příliš neprožívala, protože nemá ráda velké sešlosti lidí, ale protože měla početnou rodinu, častým oslavám narozenin se nedalo vyhnout. Navíc pocházela z hudební rodiny, kde byli všichni sourozenci donuceni hrát na nějaký hudební nástroj a

na oslavách měli své umění předvádět. Jak se paní B. svěřila během setkání s lidovými písněmi, hraní na klavír nesnášela, tudíž i to mělo na její vztah k oslavám vliv. Dodnes má ráda vánoční atmosféru, naopak Velikonoce v lásce nikdy neměla. Pamatuje si data narození svoje, svých dětí a svého manžela, který už nežije. V kalendáři všechna data bez problémů vyhledala, našla i jmeniny svých dětí. Vnoučat má dle svých slov mnoho a jejich jména si nepamatuje.

12. sezení + shrnutí

Poslední setkání s paní B. bylo věnováno testu MMSE, zopakování některého z úkolů a celkovému zhodnocení naší práce. Jelikož měla klientka většinu doby stálé výkony, vybrala jsem pro dnešní opakování úkol č. 6 – slovenštinu, ve které byl její výkon nejhorší., což nesla poměrně těžce. Původní cvičení se ukázalo jako nepříliš dobré, a proto jsem se rozhodla ho pojmout jinak. Jelikož nejoblíbenější činností paní B. byla práce na zahradě, přinesla jsem jí článek o pěstování jahod, vydaný na internetových stránkách Slovenského zväzu záhradkárov (www.zahradkaripresov.wz.cz). Klientka měla za úkol si článek po částech přečíst a následně mi ho přeložit do českého jazyka. Toto cvičení, které zvládla bez větších obtíží, ji ujistilo, že nemá se slovenštinou problémy, a mě utvrdilo v tom, že původně zvolená varianta překladu jednotlivých slov bez významu nebyla vhodně zvolená aktivita.

Ke konci setkání byl zopakován test MMSE, který vyšel stejně jako při prvním setkání, tj. na 17 bodů. Klientka neměla během doby, kterou jsem v DZR strávila, žádné výrazné výkyvy, její spolupráce i nálada byly stálé. Po celou dobu spolupracovala ochotně, ačkoli v porovnání s klientkou č. 2 s mnohem nižším zápalem či nadšením, někdy až s lhostejností. Ze všech klientů mívala často nejlepší výsledky, ale zároveň nejnížší úroveň orientace v realitě. Jako jediná si plně neuvědomuje, kde se nachází a z jakého důvodu, což ale může být jedním z důvodů jejího dobrého psychického stavu. Jako první si zapamatovala moji osobu a důvod, proč za ní docházím. Ona sama hodnotí naše setkávání jako příjemná, je ráda, že si mohla vyzkoušet, co ještě zvládá, a klidně by ve cvičeních pokračovala. Dle slov personálu měla naše setkávání na klientku dobrý vliv, cvičení kognitivních schopností považují v jejím případě za velice důležité a přínosné.

Klient 5 – paní L.

1. sezení

Poslední klientkou, která mi byla přidělena, je osmdesátiletá paní L. Pohybuje se s pomocí personálu na invalidním vozíku, ale sama je přesvědčena, že chodí a před každou novou osobou se snaží vstát a přisednout na nejbližší křeslo, což jí ale její reálný stav neumožňuje. Po celém těle je přítomný trvalý tremor, který narušuje i řečový projev. Hlasitost je snižena, mluví spíše v kratších větách, je patrný zpožděný začátek mluvy. Z klientů, se kterými jsem se potkala, má na první pohled největší orientaci v realitě a náhled na situaci, kromě již zmíněné chůze. I přes potíže s tremorem se ráda účastní ručních prací a kreslení, nerada tráví čas sama na pokoji.

Test MMSE vyšel na 18 bodů, což dle personálu odpovídá jejímu běžnému stavu. Jako článek z novin si vybrala recenzi k filmu Zločin v Polné s názvem „Krimi posílil Rodenův TGM“, protože daný film den předtím v zařízení společně sledovali. Část článku četla sama nahlas, zhruba po 2/3 mi kvůli únavě noviny předala. Četba byla pomalá, u delších slov docházelo ke slabikování. Po výzvě, aby vlastními slovy shrnula, o čem se psalo, začala nepříliš souvisle popisovat okamžiky z filmu. Na otázky „Jaký zločin se ve filmu stal?“ a „Víte, co byla hilsneriáda?“ dokázala odpovědět, na poslední odpověď k otázce „Jmenujte alespoň jednoho herce, o kterém se v recenzi píše“ si nevzpomněla. Souhlasila, že se bude dalších sezení účastnit.

2. sezení

Největším ztížením komunikace je u paní L. neustálý třes, který zasahuje celé tělo. Spolupracuje poměrně ochotně, na rozdíl od předchozích klientek není příliš „vyprávěcí“, sama od sebe se nerozpovídá, ale na otázky odpovídá ochotně. Téma hudby se jí líbilo, jako jediná poznala všechny melodie na první poslech, ačkoli si v první chvíli příliš nevěřila. S doplněním textů do pracovního listu neměla problém. Pokusit se doplnit části rýmů bez zrakové opory v pracovním listu si netroufla. Pochází z hudební rodiny, sama hrála spoustu let na klavír, ke kterému se vrací dodnes na návštěvě v domácnosti svých dětí. V DZR se hraní z důvodu trémy před ostatními věnovat nechce, ačkoli by klavír v zařízení k dispozici byl.

3. sezení

Paní L. byla po návštěvě dcery ve velice dobrém rozpoložení. Třetí návštěva mě utvrdila v tom, že orientaci v realitě a náhled na situaci je u ní z klientů, se kterými pracuji, na nejvyšší úrovni. Doplnit neuměla jedenáct přísloví, jedno („Mezi slepými jednoooký králem“) neznala. Doplnění si nechala předčítat. Při vysvětlování se jí dařilo přibližně ve 2/3 případů. Zcela obrátila význam přísloví „Co je v domě, není pro mě“, a to způsobem „Co je v domě, to je pro mě“. Vysvětlila to tak, že když doma něco má, tak to přece může použít. Skutečný význam přísloví tak, jak je myšleno, jsme si následně osvětlily také. V případě obrázků identifikovala pouze jeden, stejně jako klientka před ní. Na rozdíl od ostatních se ale pokusila ve všem něco vidět, takže u obrázku znázorňujícího muže s pilou, metrem a stolem („Dvakrát měř, jednou řež“) ji napadlo přísloví „Řemeslo má zlaté dno“ a u posledního obrázku, kde je jeden ptáček na dlani a druhý na střeše domu („Lepší vrabec v hrsti, nežli holub na střeše“) se zaměřila jen na první část obrázku, kterou identifikovala slovy „Když ptáčka lapají“. Setkání vždy hodnotí pozitivně a těší se na další.

4. sezení

I přes přetrvávající třes, který klientce značně ztěžuje četbu, dokázala paní L. přečíst všechna napsaná slova a přiřadit je k obrázkům. Jejich účel popsala správně. Sama od sebe si vzpomněla na dalších šest předmětů, které se v běžném denním životě používají. Opačný postup, pojmenování předmětů podle popisu, se jí dařilo o něco méně, uhodla asi 2/3 zadaných slov.

5. sezení

Stejně jako předchozí klientka, i paní L. se vrátila z cestovatelské přednášky. Podle ní se však jednalo o Island, takže nevím, která z informací je správná (paní B. označila přednášku za vyprávění o Alpách). Přednáška se jí líbila, především fotografie, které byly součástí vypravování. Ona sama prý s cestováním velké zkušenosti nemá, z cizích států se podívala pouze do několika sousedních, a to vždy jen krátkodobě, o dovolené, ale nejraději vždy zůstávala doma. Správně určila hlavní města u pěti států, osm států

dokázala najít na mapě.

6. sezení

Téma slovenštiny nedělalo paní L. takové obtíže jako ostatním klientům. Správně spojila na první pokus polovinu zadaných slov, vylučovací metodou následně přidala ještě tři další. Na Slovensko prý jezdila s manželem na dovolené, a jelikož její manžel miloval brynzové halušky, její nejčastější vzpomínkou na tuto zemi je tato pochutina. I ona si mě začíná pamatovat a poznávat mě.

7. sezení

Téma protikladů nedělalo paní L. problémy. Spletla se či nevěděla pouze u tří ze čtrnácti zadaných slov. Vhodná podstatná jména byla schopna vymyslet téměř u všech přídavných jmen. V případě synonym byla ze všech klientů nejúspěšnější, bez pracovního listu nedokázala vymyslet synonymní slova pouze u čtyř zadaných výrazů, s pracovním listem bez větších problémů určila všechny. Vzhledem k jejímu fyzickému stavu a třesu, který ji znemožňuje psanou formu jazyka, se toto cvičení provádělo pouze ústně. Jelikož není fyzický stav paní L. příliš dobrý, bylo znát, že ji předchozí aktivity toho dne vyčerpaly a cítila se unavená. Z tohoto důvodu jsme setkání neprodlužovaly o další rozhovory a nechala jsem paní L. odpočívat.

8. sezení

Paní L. má z mých klientů nejčastější návštěvy, tudíž i dnes jsem se potkala s její dcerou, která za ní chodí pravidelně. Díky tomu byla paní L. ve výborné náladě. Princip křížovky jí bylo nutné ukázat na příkladu, poté systém úkolu pochopila. Najít zadaná slova jí dalo více práce, oproti ostatním klientkám měla horší orientaci v tabulce a trochu se v ní ztrácela. Slabiky, které našla a chtěla odškrtnout, mi v pracovním listu ukázala a škrtila jsem se já, neboť by se svými třesoucíma rukama do malých okýnek špatně trefovala. Zadaná slova se jí podařilo najít, stejně jako dokázala popsat jejich význam. Jako jediná si navíc všimla, že se tam objevují slova významově podobná (rozzlobený - naštvaný, překvapený - udivený).

9. sezení

Na školní docházku vzpomíná paní L. ráda, proto se oproti svým zvyklostem rozpovídala. Studovala prý na gymnáziu, patřila, jak sama říká, mezi typické šprty a škola ji velice bavila, jezdívала ji reprezentovat na recitační soutěže. Dokonce si vzpomněla na úryvek z jedné básničky, se kterou kdysi vyhrála první místo v celorepublikové soutěži. Při prvním čtení si ve větách nevšimla chybně napsaných velkých písmen a jedné shody podmětu s přísudkem. Po upozornění, ve kterých větách se ještě nacházejí další chyby, našla onu shodu s přísudkem. Velká písmena zůstávají dle mého názoru problematickou kapitolou pro všechny generace.

10. sezení

Vzhledem k počínající viróze, na kterou jsem byla personálem upozorněna, byla paní L. unavená a trávila celý den na lůžku. I přesto se cvičením souhlasila, když jsem jí slíbila, že se jedná o snadný úkol, o kterém jsem přesvědčená, že to zvládne bez námahy. Klientka skutečně neměla se zadáním problém, věty sama přečetla a správně přiřadila k fotografiím. Při žádosti o popis fotografií nejprve pouze vyjmenovala předměty a osoby, které se na nich vyskytují, poté u několika z nich připojila stručně, co daný objekt dělá. Více jsem ji nechtěla zatěžovat a nechala jsem ji odpočívat.

11. sezení

Poslední cvičení se svátky a slavením se ukázalo být dobře načasováno, jelikož paní L. den před mojí návštěvou slavila své osmdesáté narozeniny, takže byl její pokoj plný květin a pochutin, které dostala od svých příbuzných. Vhodně mi to tedy nahrálo na poslední úkol. V tuto chvíli už klientce oslavy mnoho neříkají, ani kulaté narozeniny nepovažuje za významnou událost, dříve však měla prý slavení ráda. Bývala prý vyhlášená pekařka dortů a dalších sladkostí, navíc spoustu oslav zpestřovala svojí hrou na klavír, kterou měla velice ráda. Nyní se ještě stále zdravotně necítí úplně dobře, ale viróza se naštěstí nijak nerozjela, tudíž bylo možné provést i poslední cvičení. Z uvedených státních svátků neuměla paní L. určit Den slovanských věrozvěstů Cyrila a Metoděje. Svátky Upálení Jana Husa a Den boje za svobodu a demokracii uměla zařadit

do správného měsíce, ale nevzpomněla si na přesné datum. Překvapivě mnohem horších výsledků dosáhla klientka v druhé části, kdy měla zařadit různé aktivity do správného ročního období. Ačkoli jsem jí úkol několikrát vysvětlila a ukázala na příkladech, po několika návodných otázkách jsem ji dovedla pouze k jedné správné odpovědi. Několikrát zněla její odpověď „čtvrtek“, což nevím, jak si mám vysvětlit.

12. sezení + shrnutí

Vzhledem k tomu, že paní L. neměla s žádným z úkolů výrazný problém a ještě se zcela nezotavila, rozhodla jsem se poslední setkání věnovat jen zopakování testu MMSE a celkovému zhodnocení. Test MMSE vyšel na 17 bodů, což je o jeden bod méně než při prvním testování, kdy však klientka bojovala s nemocí. Ona sama hodnotí naše setkávání kladně, konkrétně slovy „*bylo to hezké*“, byla ráda, že si může zopakovat, co si zná. Nadšená byla z našich setkávání její dcera, kterou mrzelo, že se jednalo pouze o časově ohraničenou práci, jelikož toto cvičení považuje za velice dobrý nápad a i ona mi potvrdila, že se její matce líbilo, a domnívá se, že na ni mělo dobrý vliv. Podobný názor měl i personál, podle něhož úspěšné plnění úkolů zlepšovalo paní L. náladu a byla ochotná o nich vyprávět, což znamená, že setkávání splnilo hlavní účel, kterým bylo podnítit a udržovat chuť komunikovat.

Já jsem byla za spolupráci s paní L. velmi vděčná. Přes svůj nepříliš dobrý zdravotní stav byla vždy velice milá, ochotná, navíc její reálný náhled na situaci byl příjemnou změnou oproti ostatním klientům. Její výkony byly poměrně stálé. Její zdravotní stav ji limituje, snáze podléhá únavě, ale vypořádává se s tím velice dobře. Jako jediná z klientů, se kterými jsem byla v kontaktu, měla pravidelné návštěvy, což považuji za zásadní faktor jejího dobrého psychického stavu. Ke konci naší spolupráce ji negativně ovlivnila probíhající nemoc, ale jinak se domnívám, že v jejím případě by podobná trvalá práce měla značný pozitivní vliv na dlouhodobé udržení jejích kognitivních schopností.

5.4 Shrnutí jednotlivých terapeutických sezení

1. sezení

Po prvním setkání tři z pěti klientů souhlasili, že jsou ochotni se aktivit účastnit. U zbývajících dvou se zdála situace zatím nejistá, v jednom případě jsem viděla výsledek spíše negativně. Po druhém setkání proběhne porada s personálem a pokud to bude nutné, pokusí se najít náhradního klienta. Čtyři klienti souhlasili s testem MMSE, který jsem provedla, nicméně jeho výsledky беру pouze orientačně. Mezi klienty jsou rozdíly v orientaci v realitě, náhledu na vlastní nemoc i v celkovém přístupu, ale vzhledem k povaze demence může být situace o týden později zcela odlišná. Všichni klienti jsou schopni komunikace v různém stupni omezení.

2. sezení

Tématem druhého setkání byla hudba a lidové písně. Pět známých lidových písní bylo předem flétnou nahráno na mobilní telefon, odkud byly následně melodie klientům pouštěny. Klienti se pokoušeli hádat nejprve písně bez jakékoli nápovědy, v další fázi jim pak byl dán do ruky pracovní list a vybírali tedy mezi omezeným množstvím variant. Dále klienti doplňovali k daným písním texty. Všichni klienti se shodli, že všechny dané písně znají. Následovaly rozhovory a vyprávění o tom, jakou roli hrála hudba v jejich životě, zda hráli či stále hrají na nějaký hudební nástroj apod. Kromě výše jmenovaného klienta č. 3 si ostatní nepamatovali, že už se se mnou setkali.

Zásadní informací druhého setkání bylo odstoupení pana J., místo kterého bude nejspíše hledána náhrada. Kromě pana V., jehož aktuální zdravotní stav nedovolal přílišnou spolupráci, se dá z mého pohledu hodnotit setkání jako podařené. Lidové písně jsou u klientů oblíbené, znají je a celkově nemají potíže si je vybavit, což sami hodnotí velice kladně. Věřím tedy, že je jejich úspěch pozitivně motivuje na další sezení.

3. sezení

Tématem třetího setkání byla přísloví. Kromě paní L., která jedno neznala, se všichni klienti shodli, že dané přísloví znají. I pokud si na správné znění nevzpomněli sami, po

jejich přečtení vždy reagovali, že ho znají. Ukázalo se, že je jednodušší doplnit druhou část přísloví, když mají napsaný začátek, než naopak. Obrázky se ukázaly jako velmi náročné, bylo nutné slovní navádění a ani s ním se nepodařilo identifikovat všechna. Atmosféra byla příznivá, ačkoli si mě klienti nepamatovali, reagovali vesměs pozitivně. Negativní zprávou je, že budu dále pokračovat pouze se čtyřmi klienty, jelikož se vedení DZR nepodařilo najít náhradu za pana J., který se rozhodl ve spolupráci nepokračovat.

4. sezení

Téma Předměty denní potřeby se pro klienty ukázalo jako poměrně snadné a přirozené. Kromě jednoho klienta, který má obtíže s vybavováním slov, se ostatní v těchto předmětech orientují a znají jejich účel. Stejně tak mají $\frac{3}{4}$ z nich stále zachovanou schopnost číst. Bylo to také poprvé, kdy byla se všemi klienty možná plná spolupráce. Úspěšné splnění úkolu klienty motivuje pro další a jejich reakce jsou pozitivní.

5. sezení

Tématem Cestování jsem se trefila do dne, kdy byla v DZR připravena přednáška cestovatele, takže bylo možné na ni navázat. Z mých klientů se jí však zúčastnily pouze dvě ženy, navíc každá z nich hned po skončení označila za téma přednášky jinou část světa. S jedním klientem nebyla kvůli jeho stavu možná spolupráce. Ostatním se téma cestování líbilo, všechny sledované ženy měly možnost se do zahraničí podívat a jejich znalosti, které prokázaly v úkolu, mě překvapily. Z evropských zemí se ukázala problematická Belgie, z mimoevropských pak Thajsko a Argentina. Většinu zemí klientky dokázaly i správně najít v mapě.

6. sezení

Téma slovenštiny se ukázalo jako velice problematické pro většinu klientů. Nejspíše se jednalo o nevhodně zvolené cvičení, ovlivněné mým předpokladem, že když všichni klienti vyrůstali a žili v době Československa, nebude jim činit obtíže. Oproti tomuto předpokladu klienti uváděli, že se se slovenským jazykem příliš nesetkávali a překládat z něj či do něj neumí. Je tedy zřejmé, že toho cvičení by bylo třeba do budoucna buď

předělat a pracovat se slovenštinou jiným způsobem, nebo ho zcela vynechat a nahradit jiným tématem.

7. sezení

Protiklady jsou klasické cvičení, se kterým mají klienti evidentně zkušenost. V závislosti na svém stavu zvládli toto cvičení dobře, v jednom případě i bez jediné chyby. Vzhledem k dobrým výsledkům a rychlé práci u protikladů jsem se ve většině případů rozhodla spojit v tomto sezení úkol protikladů s úkolem synonym. V případě synonym byla situace o něco obtížnější, zde dělalo hledání vhodných výrazů větší problémy. Většina z klientů zvládla bez pracovního listu vymyslet jen několik slov, zbylá synonyma pak spojováním určili správně, ale jen proto, že vybírali z omezeného počtu předložených slov uplatňovali tzv. vylučovací metodu. Někteří klienti už mě začali poznávat, resp. věděli, že už jsem za nimi byla a reagovali na moji přítomnost pozitivně, ačkoli pro jednu klientku se jedná především o příležitost postěžovat si na celé zařízení.

8. sezení

Od osmého setkání se aktivity u klientů začaly rozcházet. U pana V. jsem prováděla cvičení se synonymy, protože jsem nepovažovala za vhodné ho u něj spojovat do jednoho sezení spolu s protiklady, a proto bude jeho práce nadále oproti ostatním klientům o jeden úkol posunutá. Poprvé jsem u něj zvolila způsob nabízených variant odpovědí, který se ukázal jako účinný. Klient vybírali ze tří variant správnou odpověď, kterou měl označit a následně po mně zopakovat. Ostatní klienti, resp. klientky, dostaly úkol č. 9 – křížovku. Ačkoli se všechny potýkaly s drobnými problémy, poradily si s tabulkou lépe, než jsem očekávala. Všechny pochopily princip úkolu a zadaná slova dokázaly najít.

9. sezení

Úkol s gramatickými chybami nebyl možný provést u klienta č. 1, jehož schopnost čtení je velice omezená a byl proto nahrazen úkoly, které s ním nebyly provedeny dříve nebo jsem považovala za vhodné je zopakovat. V jednom případě byl výsledek negativně

ovlivněný celkovým stavem klientky, která přes její dobrou schopnost číst a psát nebyla schopná žádnou z uvedených chyb nalézt. Cvičení se proto pokusím zopakovat při příštím setkání. Zbylé dvě klientky si s úkolem poradily dobře. Největším problémem se ukázala být velká písmena, která však dle mých zkušeností dělají problém velké části populace. Chybná „i/y“ ve vyjmenovaných slovech byla objevena nejrychleji.

Poněvadž se naše setkání pomalu schylovala ke konci začínala jsem si všímat toho, zda a jaký mají naše setkání na klienty vliv. Jako hlavní důsledek bych vyzdvihla pozitivní reakce většiny klientů na naše setkávání, což mi potvrdil i personál. Stav dvou klientek je stálý, nedochází ke zřetelným výkyvům v jejich práci a jednání. V případě třetí klientky došlo ke zhoršení jejího zdravotního stavu, což negativně ovlivnilo její soustředění a tím pochopitelně i její výkony. Nejkomplikovanější byla spolupráce s klientem č. 1, jehož stav je velice proměnlivý, a to jak z hlediska fyzického, tak především z hlediska psychického. Ne vždy je schopen spolupráce, navíc velmi negativně reaguje na neúspěch a rychle u něj nastupují agresivní reakce, na druhou stranu mám díky tomu možnost vymýšlet a zkoušet jiné varianty práce.

10. sezení

U klienta č. 1 jsem využila napsané věty v desátém cvičení k procvičení zbytku čtenářských schopností. Ukázalo se, že má klient s identifikací i jednotlivých písmen značné problémy, domnívám se však, že kdyby se s ním tato schopnost pravidelně cvičila od počátku rozvoje demence, mohl by na tom být relativně dobře. U ostatních klientů byl prováděn již předposlední úkol, se kterým si poradili bez problémů. Nepotřebovali pomoc při čtení ani při přiřazování vět k obrázkům, celkově si vedli dobře i při popisu jednotlivých fotografií. U klientky, v jejímž případě jsem byla přesvědčená, že byl její výkon během předchozího setkání ovlivněný zdravotním stavem, jsem cvičení zopakovala. Výsledek byl stejný jako v prvním případě, o ovlivnění nemocí se tedy nejednalo.

11. sezení

V rámci předposledního setkání se u prvního klienta procvičoval úkol č. 11 –

přiřazování vět k obrázkům, u zbylých klientů pak poslední cvičení na téma Časové souvislosti a svátky. Panu V. jsem jednotlivé věty předčítala, on je měl přiřazovat k obrázkům a následně jsme se pokusili i o popis obrázků, samozřejmě s přizpůsobením klientovým možnostem. V případě posledního úkolu, který plnily zbylé klientky, se ukázal zvláštní paradox, kdy bylo snadnější doplnit data u státních svátků, než přiřadit k běžným aktivitám roční období. Pokud se objevil problém se státními svátky, nejčastěji se jednalo o příchod Cyrila a Metoděje a výročí Sametové revoluce. Všechny klientky prokázaly dobrou schopnost orientace v týdenním kalendáři a podělily se o své zkušenosti s oslavami. Jedna z klientek byla navíc den po svých osmdesátých narozeninách.

12. sezení

Poslední setkání se neslo v duchu opakování předchozích cvičení, testu MMSE a zhodnocení naší práce. S panem V. jsem ještě provedla cvičení s časovými souvislostmi, které se podařilo nad očekávání. U dvou klientek jsem se vrátila ke cvičením, která jsem s nimi prováděla již dříve. V jednom případě jsem dané cvičení vybrala já, ve druhém si ho klientka vylosovala. Úkol se slovenštinou, který se při prvním pokusu ukázal jako nepříliš podařený, jsem pojala zcela jinak a výsledek byl výrazně lepší než při prvním pokusu.

Při zopakování testu MMSE vyšel ve třech případech stejný výsledek jako při prvním (v případě prvního klientka druhém) testování. U jedné klientky byl výsledek o jeden bod nižší, což může být způsobeno virózou, se kterou se klientka potýkala. Je však nutné upozornit, že tento test má jen omezenou výpovědní hodnotu a nelze brát jeho výsledky jako nezvratitelný důkaz. Vzhledem k omezené době, během které naše sezení probíhala, není možné objektivně změřit výsledky, které jsou navíc ovlivněny mnoha dalšími faktory.

Sami klienti hodnotili naši spolupráci vesměs pozitivně. Dvě klientky oceňovaly především možnost procvičit si své kognitivní schopnosti a vyzkoušet si, co si ještě pamatují. Pro poslední klientku byla důležitá především sociální interakce s někým, kdo nepatří mezi personál zařízení. Klient č. 1 od začátku přistupoval ke spolupráci spíše negativně a podle toho následně naše setkání i hodnotil. I přesto ale po celou dobu naše

sezení neukončil, což považuji za kladné zjištění. Personál DZR považuje za největší přínos konkrétní zaměření cvičení na kognitivní schopnosti a komunikaci, které je nutné u klientů neustále udržovat, na což často nezbyvá čas, především má-li se jednat o individuální práci. Podle nich reagovala většina klientů na mé návštěvy pozitivně, jejich nové zážitky navíc podpořily komunikaci mezi klienty a personálem. Shodují se, že pokud by byla tato cvičení prováděna s klienty denně, trvale a od počátků demence, podle jejich názoru by se úroveň jejich kognitivních schopností udržela delší dobu.

5.5 Závěry empirického výzkumu

Realizace terapeutického plánu, který jsem navrhla, se odehrála v průběhu dvanácti sezení v Domově se zvláštním režimem. Plán zde byl vyzkoušen u čtyř klientů, kteří byli vybráni vedením zařízení. Pátý vybraný klient se rozhodl se práce nezúčastnit. Sezení se odehrávala třikrát týdně, vždy individuálně, v délce trvání dvacet až třicet minut. Během těchto sezení byly s klienty procvičovány především paměť, myšlení, pozornost, schopnost čtení a psaní a komunikace. Jednotlivé úkoly byly v případě potřeby upraveny podle individuálních možností každého klienta.

Sezení byla přizpůsobena režimu a aktivitám v DZR, což občas situaci poněkud komplikovalo. Ačkoli jsem se na termínech návštěv domlouvala vždy týden dopředu, někdy jsem se o akci pro všechny klienty dozvěděla až v daný den a z tohoto důvodu jsem musela na klienty čekat, nebo přijít odpoledne či druhý den. Některé klienty větší množství aktivit během jednoho dne unavovalo, bohužel se však nepodařilo najít den, který by měli zcela volný.

Většina cvičení byla z mého pohledu zvolena adekvátně. Jelikož nebylo předem známo, na jaké úrovni budou klienti, na nichž bude terapeutický plán testován, byla některá cvičení pro určité klienty velmi snadná, naopak u některých musela být zvolena jiná metoda práce, jelikož klient by původní zadání nebyl schopen zvládnout. Je proto vždy nutné brát pracovní listy jen jako základní kostru a přizpůsobit dané cvičení konkrétní osobě. Nevhodně byl zadán úkol č. 6 – Slovenština. Při realizaci se ukázalo, že takto zadané cvičení je pro klienty špatně uchopitelné a náročné. V průběhu posledního sezení byl proto vyzkoušen jiný způsob cvičení na stejné téma, který se ukázal jako vhodnější.

Ostatní hodnocení jednotlivých úkolů se nachází v kapitole 5.4.

Práce s tímto typem klientely má svá specifika, která je nutné brát v úvahu. Patří mezi ně snadná unavitelnost, výkyvy nálad a emočního stavu, časté opakování informací, fyzické omezení a další. Zároveň je důležité zachovat a udržovat respektující přístup ke klientovi jako k dospělé a vzdělané osobě.

Konečné hodnocení terapeutické práce je velmi náročné a v našich podmínkách není objektivně možné, a to z několika důvodů. Především byla doba na terapii příliš krátká, pro tuto cílovou skupinu klientů je důležitá dlouhodobost po celou dobu léčby demence. I v případě dlouhodobé práce by bylo navíc obtížné prokázat, zda a v jaké míře by se projev klienta lišil v případě, že by s ním takto pracováno nebylo. Že je pravidelné a dlouhodobé trénování paměti důležitou a prospěšnou součástí terapie demence, je nezpochybnitelné. Pracovní sešit, který jsem v rámci této diplomové práce vytvořila a vyzkoušela na klientech s demencí při Alzheimerově nemoci, se ukázal jako přijatelný základ terapie tohoto typu klientů. Podporuje kognitivní schopnosti a zároveň umožňuje navázání vztahu mezi terapeutem a klientem a lze z něj dále vycházet při sestavování a realizování každodenní dlouhodobé terapie.

6 Závěr

Diplomová práce „Podíl logopeda na komplexní péči o osoby se syndromem demence“ se zabývá problematikou logopedické intervence u osob s demencí. Tato problematika je v České republice opomíjená a její zpracování v odborné literatuře je nedostatečné. Chybí podklady a materiály pro logopedickou péči u osob s demencí, stejně jako přítomnost logopedů v interdisciplinárních týmech pečujících o tyto osoby.

V této práci jsou v prvních kapitolách shrnuty teoretické poznatky o syndromu demence. Syndrom je zde charakterizován, jsou popsány nejčastější typy demence, rizikové faktory ovlivňující její vznik a základní diagnostické testy. Dále je zde popsána komplexní péče o osoby s demencí, farmakologická a nefarmakologická léčba a zařízení, která péči o osoby s demencí realizují. Poslední teoretická kapitola je zaměřena na logopedickou intervenci u osob se syndromem demence, narušenou komunikační schopnost u tohoto syndromu, její diagnostiku a terapii. Obsah této kapitoly je shrnutím toho, co je na dané téma v české literatuře dostupné. Čtvrtá kapitola se věnuje logopedické intervenci z praktického hlediska. Uvádí pracovní plán, s nímž je možné začít logopedickou péči u osob s demencí a popisuje jeho realizaci u čtyř osob trpících Alzheimerovou chorobou.

Cílem práce bylo vytvořit terapeutický plán, který lze použít u osob se syndromem demence a následně ho vyzkoušet u příslušných klientů. Plán obsahuje cvičení na krátkodobou i dlouhodobou paměť, myšlení, pozornost, schopnost čtení a psaní a komunikaci. Při realizaci se ukázalo, že většina ze sestavených cvičení je proveditelná u osob s mírnějším i hlubším stupněm demence, případně je možné konkrétní zadání přizpůsobit dané osobě. Pouze u jednoho úkolu se zadání projevilo jako nevhodné a bylo při druhém pokusu vyměněno. Plán byl úspěšně vyzkoušen na čtyřech osobách žijících v Domově se zvláštním režimem. Na základě těchto osob byl následně plán zhodnocen a uznán jako vhodný základ pro logopedickou intervenci u osob s demencí.

Vzhledem k povaze demence není cílem logopedické intervence zlepšení či znovuvytvoření komunikačních schopností, ale co nejdelší udržení stávajících schopností. Z tohoto důvodu je nutné provádět cílenou terapii komunikačních schopností pravidelně, dlouhodobě a začít s ní co nejdříve. Bylo by proto vhodné, aby

se problematika logopedie u osob s demencí rozšířila a logoped se stal běžnou součástí multidisciplinárního týmu pro tyto osoby, alespoň tak, jako jsou dnes logopedi součástí neurologických klinik a iktových jednotek pro osoby po mozkových příhodách.

7 Seznam použitých informačních zdrojů

CSÉFALVAY, Zsolt a LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 228 s. ISBN 978-80-262-0364-3

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007, 299 s. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4

JIRÁK, Roman a KOUKOLÍK, František. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 80-7262-268-4

JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, I. a BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6

KOUKOLÍK, František a JIRÁK, Roman. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-7169-615-3

KOUKOLÍK, František a JIRÁK, Roman. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 156 s. ISBN 80-7169-716-8

NEUBAUER, Karel a DOBIAS, Silvia. *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 348 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5

REKTOROVÁ, Irena. *Kognitivní poruchy a demence*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 190 s. ISBN 978-80-7387-017-1

RCSLT Position Paper: Speech and language therapy provision for people with dementia. *Speech and Language Therapy Provision for People with Dementia*. UK: Royal College of Speech and Language Therapist, 2013

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-546-6

Testovník: soubor testů pro gerontologii. 2. dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, [24] s. ISBN 80-86541-11-8

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003, 226 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9

INTERNETOVÉ ZDROJE

BARTOŠ, Aleš. *Jak vyšetřit pacienta s kognitivními poruchami v neurologické ambulanci?* [online]. Brno, 2014 [cit. 2015-12-06]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kurz%20brno%202014%20prezentace/Bartoš_jak%20vyšetřit2014.pdf

DIBLÍKOVÁ, Hana. *Projevy osob s demencí v komunikačním procesu (v různých fázích Alzheimerovy choroby)* [online]. Praha, 2008 [cit. 2015-12-06]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/59898/>

Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem Vršovický zámek. *Sociální a zdravotní portál* [online]. [cit. 2016-01-24]. Dostupné z: <http://socialniportal.praha10.cz/katalog-kontaktu/tabid/2022/agentType/View/PropertyID/15171/Default.aspx>

DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM (DZR). *Domov pro seniory Elišky Purkyňové* [online]. Praha [cit. 2016-02-22]. Dostupné z: <http://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/domovsezvlastnimrezimem.html>

Dotazník funkcionální komunikace (DFK). *Fakultní nemocnice Brno* [online]. [cit. 2016-01-24]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/dotaznik-funkcionalni-komunikace-dfk/t4546>

HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ H., VAŇKOVÁ H., VELETA P. *Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené*. Interní medicína pro praxi [online]. 2005, (10) [cit.2015-09-24]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/10/08.pdf>

JAKUBEK, Eduard. Pestovanie jahôd. *Záhradkáři Prešov* [online]. [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: <http://www.zahradkaripresov.wz.cz/text2.htm>

JIRÁK, Roman. Specifika farmakoterapie v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2010 [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/02/03.pdf>

MASOPUST, Jiří. *Farmakoterapie poruch chování u demencí*. In: Sekce kognitivní neurologie České neurologické společnosti JEP [online]. 2013 [cit. 2015-09-24]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/kurz%20brno%202013%20prezentace/Masopust_Farmakoterapie%20BPSD%202013.pdf

MÁTL, Ondřej a MÁTLOVÁ, Martina. *Zpráva o stavu demence 2015: Jaký názor má veřejnost a co prezentují média?* [online]. Česká alzheimerovská společnost, 2015 [cit. 2016-02-22]. ISSN 978-80-86541-45-7. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/002/000331.pdf>

MMSE. In: *Lékařské klasifikace: Online kalkulačky; Skóre; MKN* [online]. 2008 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/mmse>

PROCHÁZKA, Luboš. Karel Gott učinil zásadní životní krok: Bertramku přepisuje na Ivanu!. *Blesk* [online]. 2016 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.blesk.cz/clanek/celebrity-ceske-celebrity/370691/karel-gott-ucinil-zasadni-zivotni-krok-bertramku-prepisuje-na-ivanu.html>

SHEARDOVÁ, Kateřina. *Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2011, (12) [cit. 2015-09-24]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/11.pdf>

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online]. Praha, 2006 [cit. 2016-02-22]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505_2006_2015.pdf

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. Praha, 2006 [cit. 2016-02-22]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Pracovní sešit

Příloha č. 2 – novinové články MF Dnes

Příloha č. 3 - Evidenční list žadatelů o nahlédnutí do listinné podoby práce

Příloha č. 4 - Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby práce před její obhajobou